

Leben mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung – pflegerische Interventionen zur Unterstützung von Betroffenen

Linda à Porta
S16543068

Melina Maurer
S16546202

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: 2016
Eingereicht am: 03.05.2019
Begleitende Lehrperson: Dr. Uta Grosse

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziele.....	2
1.2 Fragestellung	2
1.3 Theoretischer Hintergrund	2
1.3.1 Begriffsdefinitionen.....	2
1.3.2 Theoretisches Grundlagenmodell	3
2 Methode	6
2.1 Literaturrecherche.....	6
2.1.1 Datenbanken.....	6
2.1.2 Suchstrategie	6
2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien und Limitationen.....	8
2.2 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien	11
3 Ergebnisse	12
3.1 Vorstellung der Studien	12
3.2 Thematische Analyse der Studienergebnisse.....	18
3.2.1 Patientenedukation	18
3.2.2 Symptommanagement	20
3.2.3 Psychosoziale Unterstützung	21
3.2.4 Adhärenzförderung	22
3.2.5 Prozesskoordination.....	22
4 Diskussion	24
4.1 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen.....	24
4.2 Bezug zum theoretischen Hintergrund.....	34
4.2.1 Ergebnisse der Pflegeforschung	34
4.2.2 Vorstellungen der Patientinnen und Patienten	35
4.2.3 Umgebungsbedingungen	36
4.2.4 Expertise der Pflegenden.....	37
4.3 Beantwortung der Fragestellung.....	38
4.4 Limitationen	39
5 Praxistransfer	41

5.1 Implikationen für die Praxis.....	41
5.2 Implikationen für die Forschung.....	44
6 Schlussfolgerung.....	45
Literaturverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Wortzahl.....	XII
Danksagung.....	XIII
Eigenständigkeitserklärung.....	XIV
Anhänge	XV
Anhang A – Suchprotokoll	XV
Anhang B – AICA's.....	XIX
Anhang C – 6S-Pyramide	XLIX

Abstract

Hintergrund

Menschen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) sind konfrontiert mit wiederkehrenden stationären Spitalaufenthalten aufgrund rezidivierender Krankheitsschüben. Zudem sind CED-Betroffene durch die starken körperlichen Symptome zusätzlich psychosozial belastet.

Zielsetzung

Die Zielsetzung dieser Literaturarbeit besteht darin, Pflegefachpersonen auf Auswirkungen von CED zu sensibilisieren und auf Bedürfnisse von CED-Betroffenen hinzuweisen. Daraus ableitend wird die Fragestellung, welche pflegerischen Interventionen Patientinnen und Patienten mit einer CED im stationären Setting unterstützen, beantwortet.

Methode

Zur Datensammlung wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Die zur Beantwortung der Fragestellung relevanten Studien wurden zusammengefasst, gewürdigt und anhand von weiterer Literatur diskutiert.

Ergebnisse

Aus den acht ausgewählten Studien ergaben sich folgende pflegerische Interventionsbereiche: Patientenedukation, Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung, Adhärenzförderung und Prozesskoordination.

Schlussfolgerung

Eine Pflegefachperson nimmt in der Behandlung von CED eine wichtige Schlüsselrolle ein und bietet im stationären Setting Unterstützung für CED-Betroffene durch pflegerische Interventionen in den fünf genannten Bereichen. Zentral ist dabei die Anpassung der Betreuung an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen. Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit ist für einen vollumfänglichen CED-Behandlungsprozess unumgänglich. Die Betreuung durch spezialisierte CED-Pflegefachpersonen wird empfohlen.

Keywords

nursing intervention, support, care, inflammatory bowel disease, IBD, morbus crohn, colitis ulcerosa, patient, hospital, acute setting

Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für Critical Appraisal
APN	Advanced Practice Nurse
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
IBD	Inflammatory Bowel Disease
ICN	International Council of Nurses
N-ECCO	Nursing European Crohn's and Colitis Organisation
SBK	Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SMCCV	Schweizerischen Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Vereinigung
SIBDCS	Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study
USZ	Universitätsspital Zürich

1 Einleitung

Weltweit leiden rund fünf Millionen Menschen an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED), davon etwa drei Millionen in Europa (Hammer, Nielsen, Munkholm, Burisch, & Lyng, 2016). Die Inzidenzrate ist besonders in den westlichen Industrieländern ansteigend, was auf den westlichen Lebensstil und Umweltfaktoren zurückzuführen ist (M'Koma, 2013). In der Schweiz leiden laut der Schweizerischen Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Vereinigung (SMCCV) über 25'000 Menschen an einer CED (SMCCV, 2018). Das Bundesamt für Statistik (2017) zeigt auf, dass mehrheitlich junge Erwachsene zwischen 20-30 Jahren betroffen sind.

Unter CED werden Krankheiten verstanden, welche das Verdauungssystem betreffen und durch langjährige Entzündungen körperliche Beschwerden im Magen-Darm-Trakt auslösen. Typische Symptome sind Diarrhoe mit oder ohne Blutbeimengungen, Erbrechen, abdominale Schmerzen, Gewichtsverlust und Malabsorption. Die zwei Haupterkrankungen von CED sind Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, wobei beide Erkrankungen abwechselnd mit Episoden von akuten Entzündungszuständen und Remissionen gekennzeichnet sind (Duff et al., 2018).

Chronisch verlaufende Darmerkrankungen verursachen nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch psychische und soziale Belastungen. Depressive Verstimmungen, gesteigertes Stressempfinden und finanzielle Einbußen durch erhöhte Beanspruchung des Gesundheitssystems haben einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. Deren Alltag wird eingeschränkt, Ausbildungen und Freizeitbeschäftigungen können oft nicht geplant und in einer Regelmässigkeit durchgeführt werden, was zu einer sozialen Isolation führen kann. Da die Erkrankung von Aussen kaum erkennbar ist, treffen betroffene Personen häufig auf mangelndes Verständnis ihrer Mitmenschen. Am häufigsten werden junge Erwachsene mit CED diagnostiziert, welche oft gleichzeitig mit der Ausbildung, Partnerschaft und vielen Freizeitbeschäftigungen herausgefordert sind (Rogler, 2015).

Neben der postoperativen Versorgung gehören im stationären Setting auch die psychische und soziale Betreuung von Patientinnen und Patienten mit CED zu den pflegerischen Aufgaben. Dabei sind Pflegefachpersonen mit schambehafteten Themen wie Ausscheidung oder Sexualität konfrontiert (Schmülling, 2018). Laut Torrejón et al. (2013) ist ein multidisziplinärer Ansatz für das CED-Management unabdingbar, wobei

Pflegefachpersonen die Schlüsselrolle zwischen den CED-Betroffenen und der Koordination der involvierten Professionen übernehmen.

1.1 Ziele

Durch die vorliegende Literaturarbeit sollen Pflegefachpersonen auf Auswirkungen von CED sensibilisiert werden. Anhand einer systematisierten Literaturrecherche werden individuelle Bedürfnisse der CED-Betroffenen, sowie Interventionsbereiche zu deren Unterstützung aufgezeigt. Dazu werden pflegerische Interventionen beschrieben, welche im Praxisalltag eines Akutspitals durch das Pflegefachpersonal in der Schweiz umgesetzt werden können.

1.2 Fragestellung

Aus den oben genannten Zielen ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche pflegerischen Interventionen unterstützen Patientinnen und Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung im stationären Setting?“

1.3 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die zentralen Begriffe der Fragestellung definiert und der theoretische Bezugsrahmen anhand des Evidence-based Nursing Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) illustriert.

1.3.1 Begriffsdefinitionen

Unter Colitis Ulcerosa wird eine in Schüben verlaufende Dickdarmentzündung verstanden. Die Entzündung bleibt lokal auf das Kolon begrenzt und breitet sich häufig vom Rektum nach proximal aus. Betroffen sind ausschliesslich die oberflächlichen Schleimhautschichten des Kolons. Erste Anzeichen von Colitis Ulcerosa können blutig-schleimige Diarrhoe, Kolik artige Bauchkrämpfe, Fieber, ständiger Stuhldrang und allgemeine körperliche Schwäche sein. Die Anzahl der Diarrhoen beträgt bis zu 30 Mal täglich. Die gefährlichste Akutkomplikation ist das toxische Megakolon und mit zunehmender Krankheitsbelastung erhöht sich das Risiko für Kolonkarzinome (Lauster, Drescher, Wiederhold, & Menche, 2014).

Morbus Crohn verläuft ebenfalls schubweise mit zwischenzeitlich symptomfreien Phasen. Im Gegensatz zur Colitis Ulcerosa, betreffen bei Morbus Crohn die Entzündungen jedoch alle Darmwandschichten und können sich abschnittsweise auf das gesamte Verdauungssystem verteilen. Die breitflächigen Entzündungen zwischen den gesunden

Darmabschnitten lösen wässrige, hochfrequentierte Diarrhoe, Fieber und Bauchschmerzen aus. Durch die Entzündung kann eine Resorptionsstörung auftreten, was folglich zu Malabsorptionen führen kann (Farrag, Ulrich-Rückert, & Hagedorn, 2018). Zur Unterscheidung von Colitis Ulcerosa, gehören bei Morbus Crohn Gewichtsverlust, Übelkeit, perianale Läsionen und Fisteln zu den typischen Symptomen, wobei blutige Stuhlbeimengungen seltener sind (Moser, 2011). Die tatsächlichen Ursachen von CED sind bis heute ungeklärt, wobei das Immunsystem, die Genetik, die Ernährungsweise und psychische Gründe mögliche beeinflussende Faktoren darstellen (Rogler, 2015).

Eine Intervention wird definiert als eine Behandlung oder Tätigkeit, welche auf der Grundlage klinischer Beurteilung und Wissen ausgeübt wird. Bei pflegerischen Interventionen handelt es sich um eine Pflegefachperson, welche die Verrichtung mit dem Ziel durchführt, eine Verbesserung oder Unterstützung für den Patienten oder die Patientin zu erreichen (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018).

International Council of Nurses (2002) definiert die Pflege als umfassende und kollaborative Betreuung von Menschen jeden Alters und in allen Lebenslagen. Dabei umfassen die Aufgaben einer Pflegefachperson die Förderung der Gesundheit, die Prävention von Krankheiten und die Unterstützung von kranken, beeinträchtigten und sterbenden Menschen. In der Schweiz sind laut des schweizerischen Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2016) die zwei Titel „diplomierte Pflegefachfrau HF“ oder „diplomierter Pflegefachmann HF“ und „diplomierte Pflegefachfrau FH“ oder „diplomierter Pflegefachmann FH“ vertreten. Das von den Pflegefachpersonen erworbene Diplom befindet sich auf Tertiärstufe der schweizerischen Bildungssystematik und befähigt zur Berufsausübung.

Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) definiert eine stationäre Behandlung als „[...] Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus von mindestens 24 Stunden oder von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird [...]“ (Art. 49 VKL, 2009).

1.3.2 Theoretisches Grundlagenmodell

Wie im Kapitel 1.1 beschrieben, werden im Rahmen dieser Bachelorarbeit pflegerische Interventionen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit CED gesucht und aus Studien synthetisiert. Die Interventionen werden anhand des Evidence-based Nursing

Modells in Abbildung 1 von Rycroft-Malone et al. (2004) reflektiert. Das Modell dient dazu, pflegerische Interventionen evidenzbasiert und patientenzentriert durchführen zu können. Dies geschieht, indem die Intervention anhand der folgenden vier Aspekte des Modells überprüft wird: Ergebnisse der Pflegeforschung, Vorstellung der Patientin oder des Patienten, Expertise der Pflegenden und Umgebungsbedingungen.

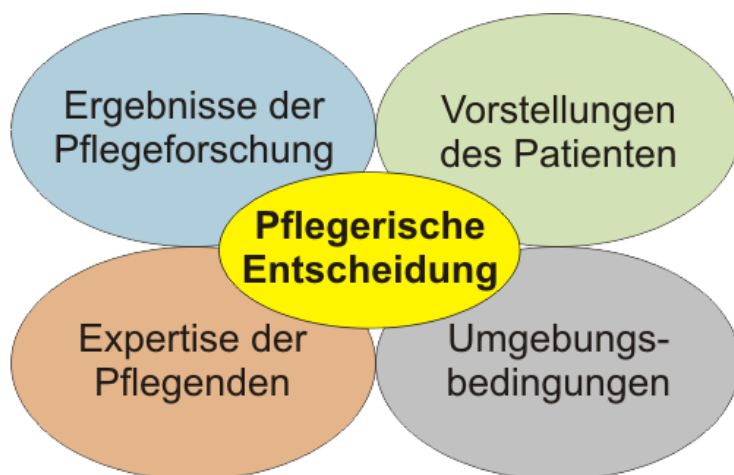


Abbildung 1. Evidence-based Nursing Modell (Rycroft-Malone et al., 2004).

Ein Aspekt ist die Berücksichtigung der Forschungsperspektive. Dies beinhaltet wissenschaftliche Artikel, verlässliche und valide Studien sowie weitere Ergebnisse der Forschung (Rycroft-Malone et al., 2004). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit nehmen die Autorinnen zur Bearbeitung der Fragestellung auf mehrere valide Studien Bezug, welche gewürdigt und kritisch analysiert werden. Dadurch können Interventionen zur Unterstützung der CED-Betroffenen in der klinischen Praxis ausfindig gemacht werden, welche auf dem aktuellen Forschungsstand basieren.

Zur Entscheidungsfindung soll die Sicht der Patientinnen und Patienten als weitere Quelle miteinbezogen werden. Dabei sollen ihre Wünsche, Ziele, Präferenzen und Bedürfnisse erfragt und berücksichtigt werden. Aus der Erfassung von den Bedürfnissen und der Perspektive der Betroffenen, können individuelle Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Dabei sollen auch weitere, krankheitsunabhängige Bedürfnisse berücksichtigt werden (Rycroft-Malone et al., 2004). Anhand von qualitativen Studien können Sichtweisen und Bedürfnisse von Betroffenen mit CED erfasst werden.

Ein weiterer Aspekt sind die Umgebungsbedingungen. Es soll überlegt werden, welche Ressourcen benötigt werden und welche vorhanden sind. Dazu gehören politische, ökonomische, gesellschaftliche Komponenten, aber auch das Know-how von

Fachpersonen (Rycroft-Malone et al., 2004). Die Resultate und Antworten auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit sollen in die Praxis von Schweizerischen Akutspitälern und im Rahmen der Ressourcen von Pflegefachpersonen umsetzbar sein.

Der vierte Aspekt ist die reflektierte Praxiserfahrung. Dabei geht es um die konkret erlebten Situationen und Erfahrungen der Pflegefachpersonen (Rycroft-Malone et al., 2004). Das vorhandene Wissen und die persönlichen Praxiserfahrungen der CED-Pflegefachpersonen werden in der vorliegenden Arbeit anhand von bestehender Forschungsliteratur aufgezeigt. Unter einer CED-Pflegefachperson wird eine Pflegefachperson für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit CED verstanden. Dabei bezieht sich die Expertise auf die Unterstützung der CED-Betroffenen im stationären Setting.

2 Methode

Nachdem in der Einleitung das Thema der Bachelorarbeit sowie die zentralen Begriffe und der theoretische Bezugsrahmen vorgestellt wurden, wird in diesem Kapitel das methodische Vorgehen der Arbeit erläutert.

2.1 Literaturrecherche

Initial wurde mittels einer Recherche in der Cochrane Library sichergestellt, dass bisher kein systematisches Literaturreview zum Thema der Bachelorarbeit existiert. Dies konnte ausgeschlossen werden.

2.1.1 Datenbanken

Anschliessend wird zur Beantwortung der Fragestellung eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. PubMed ist eine Datenbank für Medizin und Biomedizin. Sie enthält Publikationen aus den Gebieten Gesundheitswesen, Tier-, Zahn- und Sportmedizin, Biologie sowie Biochemie. Zudem werden die für die Fragestellung wichtigen Bereiche Krankenpflege und Psychologie abgedeckt (ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur, 2018). CINAHL ist eine weltweite, grösstenteils pflegespezifische Datenbank, die auch Veröffentlichungen aus weiteren Berufsfeldern im Gesundheitswesen enthält. Sie umfasst ein grosser Teil der englischsprachigen Pflegezeitschriften, beinhaltet Publikationen der American Nurses' Association, der National League for Nursing, Kongressberichte, Monographien und Dissertationen (ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur, 2018). Somit werden inhaltlich alle zentralen Bestandteile der Fragestellung abgedeckt.

2.1.2 Suchstrategie

Für die Recherche werden zunächst zur Fragestellung passende Schlüsselbegriffe definiert (siehe Tabelle 1). In einem nächsten Schritt werden mit den dazugehörigen englischen Keywords sowie den gefundenen MeSH-Terms (PubMed) beziehungsweise Subjectheadings (CINAHL) in den jeweiligen Datenbanken geeignete Studien gesucht. Um die Recherche zu spezifizieren, werden dabei die zwei Bool'schen Operatoren AND und OR eingesetzt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 1

Deutsche und englische Keywords, MeSH-Terms und Subjectheadings.

Kernelemente der Fragestellung	Schlüsselbegriffe	Synonyme (Deutsch)	Keywords (Englisch)	MeSH-Terms (Pubmed), Subjectheadings (CINAHL)
Phänomen	chronisch entzündliche Darmerkrankungen	CED, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn	inflammatory bowel disease, IBD, colitis ulcerosa, ulcerative colitis, morbus crohn, crohns disease	Inflammatory Bowel Diseases (MeSH-Term und Subjectheading)
Population	Patientinnen, Patienten	CED-Betroffene	patient*	
Setting	stationäres Setting	Spital, Krankenhaus	hospital, acute setting, acute care	Hospitals (MeSH-Term und Subjectheading)
Outcome	pflegerische Interventionen	Massnahme, Unterstützung	nurs* intervention*, support, care	Nursing Interventions (Subjectheading) Nurses (MeSH-Term und Subjectheading)

Tabelle 2

Verwendung der Bool'schen Operatoren.

AND	AND	AND	AND
inflammatory bowel disease OR IBD OR colitis ulcerosa OR ulcerative colitis OR crohns disease OR morbus crohn OR (MH „Inflammatory Bowel Diseases“) OR Inflammatory Bowel Diseases/	patient*	nurs* OR Nurses/ OR (MH „Nurses“)	hospital intervention* OR support OR care OR Nursing Interventions/

2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien und Limitationen

Zur gezielten Beantwortung der Fragestellung werden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche in Tabelle 3 dargestellt sind. Anschliessend werden die festgelegten Limitationen aufgeführt.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alle Krankheitsbilder von CED	Krankheitsbilder, die nicht zu CED gehören
Betroffene mindestens 18 Jahre alt	Betroffene unter 18 Jahre
Akutspital, stationäres Setting	Psychiatrie, ambulantes Setting
Pflegerische Interventionen	Medikamentöse und ärztliche Interventionen
Studien mit Peer-Review	Systematische Literaturreview
Studien aus westlichen Industrieländern	Studien aus Entwicklungsländern
Auf Deutsch oder Englisch verfasste Studien	Studien in anderen Sprachen als Englisch oder Deutsch

Einschlusskriterien sind alle Krankheitsbilder von CED, unabhängig davon, wie lange die Betroffenen bereits darunter leiden. Eingeschlossen werden Erwachsene, die mindestens 18 Jahre alt sind, da die pflegerischen Interventionen in Hinblick auf die Unterstützung bei Kindern und Jugendlichen anders zu gestalten sind. Ursache dafür sind die unterschiedlichen Ausprägungen von CED und Therapieformen bei Kindern im Vergleich zu denen bei Erwachsenen (Rodeck, Siegmund, & Hartmann, 2018). Weiter sollen sich die Studien auf Interventionen beziehen, welche durch das Pflegefachpersonal im stationären Setting durchführbar sind. Um einen Praxistransfer für die Pflegepraxis in der Schweiz herstellen zu können, werden nur Studien aus westlichen Industrieländern eingeschlossen. Dies ist darin begründet, dass in westlichen Industrieländern ähnliche Lebensstandards und Gesundheitsvoraussetzungen wie in der Schweiz vorhanden sind. Die Studien müssen auf Englisch oder Deutsch verfasst sein, um eine Übersetzung durch die Autorinnen zu ermöglichen. Ein durchgeführtes Peer-Review gilt als Einschlusskriterium, um eine zur Publikation ausreichende Qualität der Studien garantieren zu können.

Ausschlusskriterien sind Krankheitsbilder, welche nicht als CED bezeichnet werden, wie beispielsweise das Reizdarmsyndrom, und das Alter von Betroffenen unter 18 Jahren. Ausgeschlossen werden ärztliche und medikamentöse Interventionen, weil dazu ärztliche Verordnungen nötig sind und sich der Inhalt der vorliegenden Arbeit auf pflegerische Interventionen bezieht. Interventionen, die nicht im stationären Setting durchgeführt werden können, werden aufgrund der Fragestellung ebenfalls ausgeschlossen. Die Studien dürfen nicht aus Ländern stammen, welche nicht zu den westlichen Industriestaaten gehören, da ansonsten die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Pflegepraxis in der Schweiz nicht möglich ist. Studien, die in anderen Sprachen als Englisch oder Deutsch verfasst wurden, können von den Autorinnen dieser Arbeit aufgrund der Sprachkenntnisse nicht übersetzt werden und werden daher ausgeschlossen.

Verwendete Limitationen sind „humans“, das Vorhandensein eines Abstracts und Volltextes. Als weitere Limitation wird das Publikationsjahr auf frühestens 2008 festgelegt, um die Aktualität des Inhaltes zu gewährleisten. In den gefundenen Studien, wird anschliessend in Form einer Referenzensichtung nach weiteren potentiellen Studien gesucht. Zusätzlich werden anhand der Literaturverzeichnisse der Studien zum Thema relevante Fachjournals ausfindig gemacht und auf deren Internetseiten nach weiteren

Studien gesucht. Dies erfolgt mit den gleichen Keywords und Bool'schen Operatoren wie in den Datenbanken gesucht wird (siehe Tabelle 1 und 2). Die Recherche in den Datenbanken und den Fachjournals erfolgt durch beide Autorinnen gemeinsam. Das Suchprotokoll wird im Anhang der Bachelorarbeit aufgeführt. Eine graphische Darstellung der Literaturrecherche erfolgt in Abbildung 2.

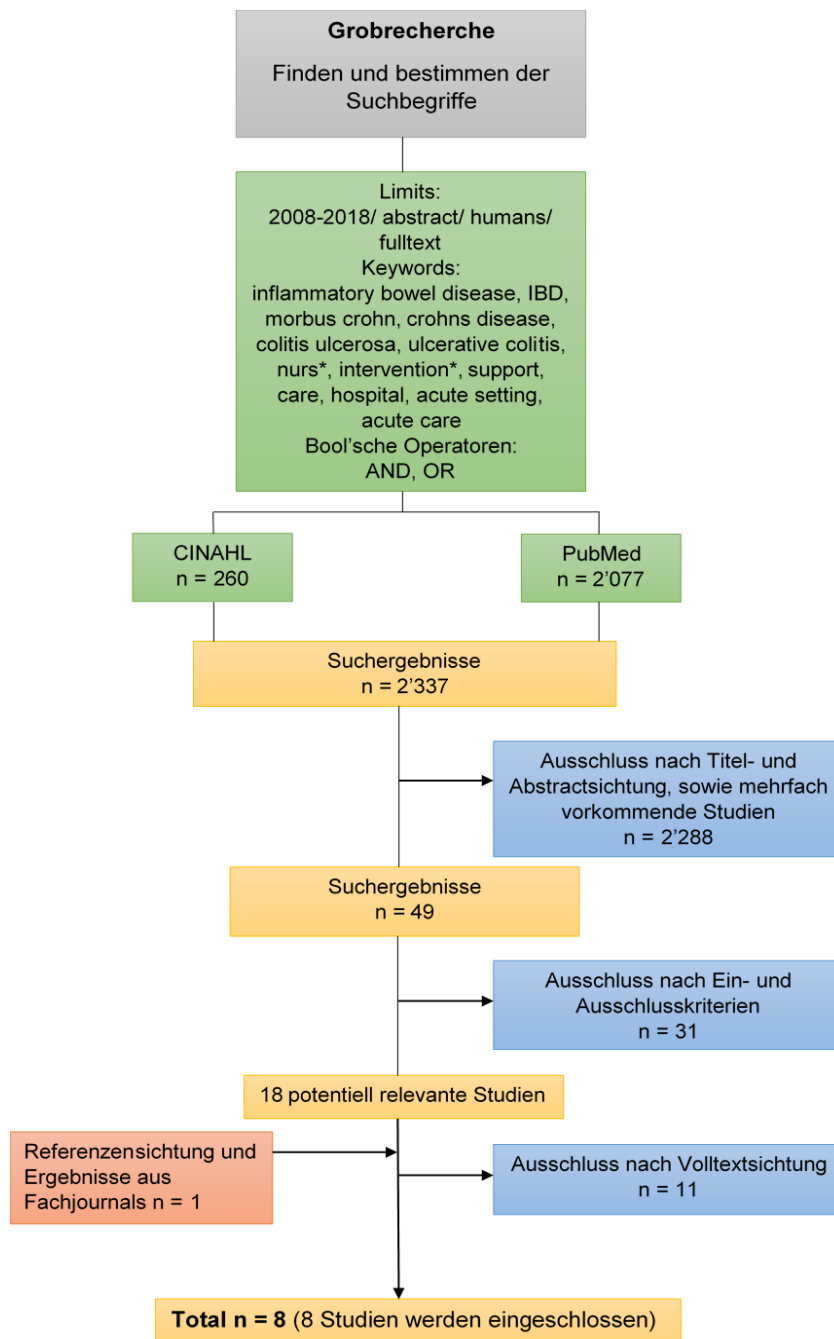


Abbildung 2. Graphische Darstellung der Literaturrecherche.

2.2 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien

Alle in den Datenbanken erzielten Treffer werden anhand ihrer Titel selektioniert. Scheint der Titel passend zur Beantwortung der Fragestellung, wird das dazugehörige Abstract gelesen. Eine Überprüfung erfolgt anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Werden diese erfüllt, wird die Studie von beiden Autorinnen, unabhängig voneinander, zusammengefasst, gewürdigt und auf ihre Güte beurteilt. Das für die Zusammenfassung und Würdigung verwendete Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015) basiert auf LoBiondo-Wood und Haber (2005), Burns und Grove (2005) sowie bei dem für qualitative Studien zusätzlich auf Lincoln und Guba (1985). Die Beurteilung der Güte erfolgt bei qualitativen Studien anhand der Kriterien von Steinke (1999), bei quantitativen anhand denen von Bartholomeyczik, Linhart und Mayer (2008). Zur weiteren Unterstützung der Gütebeurteilung wird das zuvor ausgefüllte AICA (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) miteinbezogen. Das Evidenzlevel der Studien wird anhand der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt, wie in Abbildung 3 im Anhang ersichtlich. Die Beurteilungen und Zusammenfassungen der Studien befinden sich im Anhang der Arbeit.

Die Studien werden anschliessend im Ergebnisteil der Arbeit in Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung zusammenfassend dargestellt. Im Diskussionsteil erfolgt die kritische Beleuchtung der Studien. Hierbei werden auch Vergleiche mit weiterer Literatur zum Thema aufgezeigt sowie ein Bezug zum theoretischen Hintergrund erarbeitet. Dazu werden Literaturquellen der Hochschulbibliothek, Datenbanken und Internetseiten von Fachgesellschaften sowie Literaturverweise aus den Studien verwendet. Gegebenenfalls werden auch persönliche Erfahrungen der Autorinnen berücksichtigt. Anschliessend wird ein Theorie-Praxistransfer gemacht, wobei Empfehlungen und Interventionen für Pflegefachpersonen im Akutspital abgeleitet werden. Als Grundlage dazu dient das Evidence-based Nursing Modell, damit eine ganzheitliche und individuelle Pflege für Betroffene mit CED gewährleistet werden kann.

3 Ergebnisse

Anhand der in Kapitel 2.1 beschriebenen Literaturrecherche werden acht relevante Studien identifiziert und zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit, welche pflegerischen Interventionen CED-Betroffene im stationären Setting unterstützen, eingeschlossen. Die Studien werden zur Übersicht zunächst tabellarisch dargestellt und bezüglich ihrer Ziele, Hintergründe und Methoden im Kapitel 3.1 kurz vorgestellt. Dabei werden auch die zur Beantwortung der Fragestellung relevanten Ergebnisse kurz aufgezeigt. Anschliessend folgt in Kapitel 3.2 eine thematische Analyse der Ergebnisse, wobei diese ausführlich dargelegt werden.

3.1 Vorstellung der Studien

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der identifizierten Studien, alphabetisch nach deren Autorinnen und Autoren geordnet. Anschliessend werden die Studien und deren Hauptergebnisse kurz vorgestellt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 3.2 in Hinblick auf die Fragestellung ausführlicher beschrieben. Die vollständigen Zusammenfassungen der einzelnen Studien befinden sich im Anhang B.

Tabelle 4

Übersicht der eingeschlossenen Studien.

Nr.	Autorinnen, Autoren (Jahr, Land)	Design und Methode	Ziel	Evidenzlevel
1	Amo et al. (2016, Spanien)	Quantitatives Forschungsdesign, prospektive Datenerhebung	Auswirkungen einer spezialisierten Pflegefachperson auf einer CED-Abteilung im Akutspital erfassen	6
2	Burkhalter et al. (2015, Schweiz)	Mixed-Methods Studiendesign, qualitative Interviews, quantitative Datensammlung	Erfassung von Bedürfnissen von CED-Betroffenen und Evaluation der N-ECCO-Konsenserklärung	6
3	Coenen et al. (2017, Belgien)	Quantitatives Forschungsdesign, Selbsterhebung durch Pflegefachpersonen	Wirksamkeit und Auswirkungen von pflegerischen Interventionen einer CED-Pflegefachperson	6
4	Czuber-Dochan et al. (2014, Vereinigtes Königreich)	Qualitativ-deskriptive Phänomenologie, halbstrukturierte Interviews	Wahrnehmung von Fatigue bei CED-Betroffenen durch Pflegefachpersonen	6
5	Leach et al. (2014, Australien)	Quantitatives Forschungsdesign, Selbsterhebung durch Pflegefachpersonen	Die Wirksamkeit und Auswirkungen einer CED-Pflegefachperson auf Betroffene mit CED	6
6	McDermott et al. (2018, Irland)	Mixed-Methods Studiendesign, qualitative Fokusgruppeninterviews, quantitative Fragebogenerhebung	Erfassung von Edukationsbedürfnisse von CED-Betroffenen	6
7	Mikocka-Walus et al. (2014, Vereinigtes Königreich)	Mixed-Methods Querschnittstudie, anonyme Online-Befragung	Evaluation von pflegerischen Modellen während einer CED-Behandlung	6
8	O'Connor, Gaarenstroom, Kemp, Bager, & Van der Woude (2014, Spanien)	Quantitativ-deskriptives Studiendesign, Fragebogenerhebung der Pflegefachpersonen	Erheben der aktuellen Pflegepraxis in der Betreuung von CED-Betroffenen	6

Studie 1: Impact of the incorporation of a nurse in an inflammatory bowel disease unit (Amo et al., 2016)

Die quantitative Studie von Amo et al. (2016) hat zum Ziel, die wirtschaftlichen, gesundheitsversorgungs- und forschungsbezogenen Auswirkungen der Aufnahme einer spezialisierten Pflegefachperson auf der CED-Abteilung eines Universitätsspitals in Madrid auszuwerten. Die Forschenden wollen herausfinden, ob der Einbezug einer Pflegefachperson in das Team der Fachkräfte eine kostensparende Massnahme ist und das Behandlungsniveau im Setting der Studie verbessert. Dazu werden alle Tätigkeiten der Pflegefachperson an den CED-Betroffenen erhoben und anhand ihrer Auswirkungen in vier Gruppen eingeteilt: Verhinderung einer Aufnahme auf der Notfallstation, Verhinderung einer Konsultation bei der Ärztin oder dem Arzt, Verweisung an die Notfallstation, Verweisung an einen Arzt oder eine Ärztin. Die Kostenanalyse basiert auf öffentlichen Preisen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Madrid. Vorgenommene pflegerische Interventionen sind getätigte Telefonate und das Schreiben von E-Mails, sowie Patientenedukation bezüglich eines gesunden Lebensstils. Die Pflegefachperson bietet zudem Beratungen in Bezug auf Behandlung, deren Nebenwirkungen und Ernährung an. Durch die Telefonate und E-Mail-Kontakte können schätzungsweise 3'504 persönliche Konsultationen, 852 Aufnahmen auf der Notfallstation und 426'672 Euro Kosten eingespart werden.

Studie 2: Assessment of inflammatory bowel disease patient's needs and problems from a nursing perspective (Burkhalter et al., 2015)

Die Mixed-Methods Studie aus der Schweiz nennt als Problemstellung das Fehlen einer klaren Struktur in der Praxis und mangelnde weiterführende, ambulante Behandlung von CED-Betroffenen. Quantitative Methoden werden angewendet, um selbstberichtete, psychosoziale Elemente von CED zu bewerten, wobei auf Daten von der Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS) von 2006 zurückgegriffen wird. Qualitative Daten werden anhand von strukturierten Interviews mit vier verschiedenen CED-Fachpersonen erhoben und dienen dazu, die Relevanz und derzeitige Anwendung in der Praxis von CED-Behandlungsmodellen zu untersuchen. Die quantitativen Ergebnisse zeigen den Bedarf eines ausführlichen Symptomanagements auf. Von 75 Teilnehmenden geben 29% Fatigue, 26% Schlafproblemen, 24% Diarrhoe und 9% Gewichtsverlust als belastende Symptome an. Das Durchführen von Beratungen am

Telefon und das Koordinieren des Schmerzmanagements resultieren als pflegerische Interventionen aus den qualitativen Daten der vier befragten CED-Fachpersonen.

Studie 3: Effects of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care (Coenen et al., 2017)

Die belgische, quantitative Studie von Coenen et al. (2017) untersucht die Auswirkungen einer CED-Pflegefachperson auf die Qualität, Beratung und Kostenreduktion in der Behandlung von 1'313 CED-Betroffenen. Der Forschungsbedarf basiert auf der Begründung des komplexen Krankheitsmanagements sowie kontinuierlich erforderlicher Therapie und Betreuung der CED-Betroffenen. Von den Forschenden wird die Hypothese aufgestellt, dass durch die Schlüsselfunktion der CED-Pflegefachperson Symptome frühzeitig erkannt werden und dadurch frühzeitig interveniert werden kann, was die Anzahl Besuche auf der Notfallstation verringert. Die ausgewählte CED-Pflegefachperson absolvierte vor der Datenerhebung Weiterbildungen im Patientenmanagement. Während der Studienerhebung von einem Jahr war die Pflegefachperson für Beratungen und Edukation von CED-Betroffenen über das Telefon und per E-Mail erreichbar. Zur Datenerhebung führt die CED-Pflegefachperson ein Logbuch. Unterstützt werden die Patientinnen und Patienten mit CED mit folgenden pflegerischen Interventionen: Patientenedukation, Prozessführung, Angehörigenberatung, Medikamenten- und Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung und administrative Arbeiten wie Terminkoordination, rechtliche Unterstützung und Planung der Untersuchungen.

Studie 4: Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD (Czuber-Dochan et al., 2014)

Als methodische Grundlage für die qualitative Studie wird die deskriptive Phänomenologie verwendet. Das Ziel der Studie ist die Erfassung der Wahrnehmung von 20 Gesundheitsfachpersonen bezüglich dem Fatigue-Symptom bei CED-Betroffenen. Davon sind acht der Gesundheitsfachpersonen in der CED-Pflege, zwei in der Gastroenterologie, drei in der Ernährungsberatung, drei in der Psychologie, zwei in der Pharmazie und zwei als Hausärztinnen und Hausärzte tätig. Innerhalb von sieben Monaten werden halbstrukturierte Interviews durchgeführt und anhand von Audioaufnahmen festgehalten. Informationsbroschüren werden zur Patientenedukation verwendet. Weitere pflegerische Interventionen können aufgrund der Komplexität des Symptoms nicht genannt werden.

Laut Czuber-Dochan et al. (2014) sind medizinische Massnahmen wie Korrektur der Laborwerte verbreitet.

Studie 5: The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery (Leach et al., 2014)

Die quantitative Studie von Leach et al. (2014) befasst sich mit den Auswirkungen einer CED-Pflegefachperson auf die Gesundheitsergebnisse von CED-Betroffenen. Weiter wird die Wirksamkeit der CED-Pflegefachperson innerhalb eines etablierten CED-Dienstes untersucht. Dazu wurden im Jahr 2011 im Flinders Medical Centre in Australien die Anzahl patientenbezogenen Aktivitäten der CED-Pflegefachperson erfasst und anhand ihrer Auswirkungen in vier Gruppen eingeteilt: Vermeidung von Spitaleinweisungen, Vermeidung von Aufnahmen auf der Notfallstation, Vermeidung von ambulanten Klinikbesuchen und Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Kosteneinsparungen werden aus den Daten einer früheren Studie aus derselben Stadt sowie anhand der Finanzunterlagen des Spitals errechnet und belaufen sich nach Abzug der Gehaltskosten der Pflegefachperson auf 136'535 Australische Dollar. Die Studienergebnisse zeigen zudem, dass die Pflegefachperson Beratung via Telefon und E-Mail anbietet. Ausserdem beurteilt die Pflegefachperson das Krankheitsverständnis, die Behandlungsergebnisse und die Adhärenz der Patientinnen und Patienten und leitet das weitere Vorgehen daraus ab.

Studie 6: Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study (McDermott et al., 2018)

Gemäss McDermott et al. (2018) gibt es bisher noch kein standardisiertes Edukationsprogramm für Patientinnen und Patienten mit CED. Der Edukationsbedarf ist nur in wenigen Studien vor der Durchführung von Massnahmen erfragt worden. Die Forschenden wollten daher Edukationsbedürfnisse und -präferenzen von CED-Betroffenen erfassen, um die Entwicklung eines Patientenedukationsprogrammes zu erleichtern. In dieser patientenzentrierten Mixed-Methods Studie mit Grounded-Theory-Ansatz werden zwölf Teilnehmende in drei verschiedene Fokusgruppen eingeteilt. Anschliessend werden die Teilnehmenden nach ihren Edukationsbedürfnissen befragt, woraus die Entwicklung eines Fragebogens zur quantitativen Erfassung der Bedürfnisse und Präferenzen in der Edukation erfolgt. Der entwickelte Fragebogen wird an Patientinnen und Patienten (n=322) in drei verschiedenen Universitätskliniken in Irland verteilt. Die Studienergebnisse zeigen, dass Edukation besonders in den Bereichen Selbst- und Medikamentenmanagement,

Ernährung, Angst, Stress und Familienedukation erwünscht ist. Die Patientenedukation soll ganzheitlich in Bezug auf ein Leben mit CED und individuell auf die Betroffenen zugeschnitten sein. Informationen sollen über das Internet, von anderen Betroffenen und von Fachpersonen erhältlich sein.

Studie 7: How can we improve models of care in inflammatory bowel disease? An international survey of IBD health professionals (Mikocka-Walus et al., 2014)

Das Forschungsziel der deskriptiven Mixed-Methods Querschnittsstudie von Mikocka-Walus et al. (2014) ist das Zusammentragen von Erfahrungswerten und Meinungen, wie bestehende Pflegemodelle für CED-Behandlung umgestaltet oder eingesetzt werden können. Als Argument für den Forschungsbedarf wird der bisher geringe Bestand an Forschungsdaten für Pflegemodelle in der CED-Behandlung genannt. Für die Datenerhebung wird eine Onlineumfrage mit qualitativen und quantitativen Anteilen durchgeführt. Dabei werden die demographischen Daten quantitativ und die Antworten der Umfrage als qualitative Daten verwendet. Von den teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen sind 50% aus der Gastroenterologie, 34% aus der Pflege, 8% aus der Psychologie, 4% aus der Ernährungsberatung und 1% aus der Physiotherapie. Das Vereinigte Königreich, Australien, die Niederlande und die USA sind als Länder vertreten. Die Pflegefachpersonen stellen den ersten Kontakt zu den CED-Betroffenen her und bieten soziale Unterstützung, Beratungen und Prozessbegleitung an. Das integrierte Pflegemodell beinhaltet weitere Interventionen wie das Medikamenten- und Schmerzmanagement.

Studie 8: N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe (O'Connor et al., 2014)

Die quantitative Studie von O'Connor et al. (2014) befasst sich mit der Erhebung der aktuellen Pflegepraxis in der Betreuung von Menschen mit CED in Europa. Ziel der Studie ist es, Klarheit über aktuelle Positionen und Aufgabenbereiche der Pflegefachpersonen in Europa in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit CED zu bekommen, um eine engere Zusammenarbeit, Edukation und Forschung zu ermöglichen, sowie die Betreuung von CED-Betroffenen zu verbessern. Dazu wird eine schriftliche Umfrage in Form eines Fragebogens durchgeführt. Zur Teilnahme werden alle Pflegefachpersonen der Nurses European Crohn's and Colitis Organisation (N-ECCO) Schule, die Patientinnen und Patienten mit CED betreuen und zum Zeitpunkt der Erhebung das N-ECCO Treffen in

Spanien besuchen, angefragt. Die Ergebnisse zeigen auf, dass 70% der Pflegefachpersonen Patientenedukation durchführen und 82% telefonische Beratung zur Verfügung stellen. Die Beratung beinhaltet die Bereiche Krankheits- und Medikamentenmanagement, Behandlungsmöglichkeiten und individuelle Fragen der Betroffenen. Pflegefachpersonen beurteilen den Gesundheitsstatus der Betroffenen und koordinieren Termine für Therapien, welche sie in 63% der Fälle auch selbst durchführen.

3.2 Thematische Analyse der Studienergebnisse

Anschliessend an die Identifizierung der relevanten Ergebnisse der einzelnen Studien wird eine thematische Analyse durchgeführt. Dabei haben sich die fünf Themengebiete Patientenedukation, Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung, Adhärenzförderung und Prozesskoordination ergeben, welche nachfolgend dargestellt werden.

3.2.1 Patientenedukation

Die Patientenedukation wird als pflegerische Intervention zur Unterstützung von CED-Betroffenen in allen acht eingeschlossenen Studien thematisiert. In der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) bieten beispielsweise 56% der untersuchten CED-Dienstleistungserbringer regelmässig Patientenschulungen an. Die Ergebnisse der Studie von O'Connor et al. (2014) weisen auf, dass 70% der Pflegefachpersonen Patientenedukationen zur Unterstützung der Betroffenen durchführen. Als pflegerische Intervention nennen Coenen et al. (2017) die Patientenedukation bei Therapiebeginn. Ausserdem dient die Edukation der Unterstützung und Beratung während des Therapieprozesses. Als wichtig wird zusätzlich das Angehörigencoaching erachtet.

Die Studie von McDermott et al. (2018) präsentiert, dass sich CED-Betroffene von der Edukation erhoffen, mehr über ihre Krankheit zu erfahren, um klare Entscheidungen treffen zu können. Sie würden zudem gerne erfahren, was sie aufgrund der Krankheit in Zukunft zu erwarten haben und wie sie sich am besten um sich selbst kümmern. So berichtet eine 34-jährige Patientin mit Colitis Ulcerosa in der Studie von McDermott et al. (2018): „I want to have a normal life even though I have this condition so I think knowing how to take care of myself then allows me the freedom of going to work and being a normal person“ (S. 422). Gemäss den Ergebnissen von McDermott et al. (2018) soll die Edukation in Bezug auf ein Leben mit CED ganzheitlich sein. CED-Betroffene vertreten die Meinung, durch Edukation eine Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu

erzielen. Insbesondere in Bereichen wie Selbstmanagement, Medikamentenmanagement, Angst und Stress. Weiter besteht Bedarf an Wissen bezüglich Ernährung und Lebensstil bei CED und Edukation für Familienmitglieder von Betroffenen. „Information for family is important because it is one thing to tell him that he might look ok but he is actually sick, it is another thing for them to actually understand it and believe it” (S. 422), äussert ein 29-jähriger Mann mit Morbus Crohn in der Studie von McDermott et al. (2018). Betroffene wünschen sich abgestufte, ihrem Wissenstand angepasste Ebenen der Edukation (McDermott et al., 2018). Die Studie von Czuber-Dochan et al. (2014) schlägt Informationsbroschüren als Hilfsmittel vor. Ergänzend erläutern McDermott et al. (2018) die Bevorzugung von Gruppenedukation oder Vorträgen in gemischten Gruppen bezüglich des Krankheitsbildes und Geschlechts. Die Betroffenen äussern gleichzeitig den Wunsch, sich in einer Gruppe von Personen der gleichen Altersstufe befinden zu wollen. Die Ergebnisse der Studie zeigen einen Trend, dass das weibliche Geschlecht Gruppenedukation bevorzugt. Es besteht eine grosse Uneinigkeit darüber, ob Edukation Stress verursachen kann oder nicht (McDermott et al., 2018).

Laut einer Umfrage von O'Connor et al. (2014) stellen 82% der Pflegefachpersonen telefonische Beratungen zur Verfügung. Pflegefachpersonen geben den Patientinnen und Patienten Ratschläge über das Krankheitsmanagement, allgemeine Informationen über CED und besprechen mit ihnen das Medikamentenmanagement. Sie informieren die Patientinnen und Patienten auch über chirurgische Möglichkeiten und über Untersuchungsergebnisse, wobei gemäss der Umfrage weltweit nicht alle Pflegefachpersonen über diese Kompetenz verfügen (O'Connor et al., 2014). Für Pflegefachpersonen in der Schweiz besteht laut Burkhalter et al. (2015) eine Unklarheit darüber, wer die Verantwortung für die Patientenedukation übernehmen soll und in welchen Kompetenzbereich die Aufklärung über Diagnose und Therapieverlauf fällt. Im belgischen Akutspital gehört das Medikamentenmanagement ebenfalls zu den pflegerischen Interventionen, wobei die Edukation über mögliche Nebenwirkungen und Beratung im Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen eingeschlossen ist. Ausserdem ermöglicht das Medikamentenmanagement den CED-Pflegefachpersonen einen Überblick der Adhärenz in Bezug auf die Medikamenteneinnahme (Coenen et al., 2017). Während einem Datenerhebungszeitraum von vier Jahren und acht Monaten werden laut Amo et al. (2016) in einem Universitätsspital in Madrid zur Beratung von CED-Betroffenen 5'293 E-Mails geschrieben und 678 Telefonate getätigt. Pflegefachpersonen

stellen ebenfalls Informationen und Aufklärungen bezüglich der Erkrankung zur Verfügung, beispielsweise über einen gesunden Lebensstil. Sie bieten Beratung in Bezug auf Behandlung, deren Nebenwirkungen, Ernährung und bei Fragen einer Schwangerschaft bei Patientinnen mit CED an. Durch die getätigten Telefonate und E-Mail-Kontakte konnten schätzungsweise 3'504 persönliche Konsultationen, 852 Aufnahmen auf der Notfallstation und 426'672 Euro Kosten eingespart werden (Amo et al., 2016). Durch Patienten- und Familienedukation können laut Leach et al. (2014) ambulante Klinikbesuche reduziert werden.

Die bevorzugte Quelle von Informationen variiert laut McDermott et al. (2018) unter den Betroffenen stark. Am effektivsten ist eine auf die Patientin und den Patienten individuell zugeschnittene Edukation. Betroffene äussern, Informationen nur bei Bedarf erhalten zu wollen. 92% der befragten Patientinnen und Patienten wollen in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, was die Informationsgabe voraussetzt. Im Wesentlichen sind drei Gruppierungen in Bezug auf die bevorzugten Informationsquellen vorhanden. Dabei gibt es keine signifikanten Faktoren, die über die Zuteilung entscheiden. Eine Gruppe wünscht Informationen aus dem Internet oder von Apps, eine von anderen Betroffenen und eine von Fachärztinnen beziehungsweise -ärzten oder Pflegefachpersonen. Für allgemeine Informationen bezüglich CED, wie beispielsweise Tipps für den Urlaub, ist das Internet die bevorzugte Quelle, für Edukation ist dieselbe die unbeliebteste. Edukation wird durch Fachpersonen bevorzugt. Das Internet bietet zwar Anonymität und einen einfachen Zugang zu Informationen, deren Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit scheinen jedoch fraglich zu sein (McDermott et al., 2018).

3.2.2 Symptommanagement

Als pflegerische Intervention im Akutspital wird das Symptommanagement beschrieben (Coenen et al., 2017; Mikocka-Walus et al., 2014). Die Studie von Burkhalter et al. (2015) zeigt Interventionsbedarf in Symptomen wie Fatigue, Schlafstörungen und Diarrhoe auf. Die Notwendigkeit besteht darin, Symptome häufiger zu evaluieren und Intervalle der Nachuntersuchungen zu verkürzen. Die Hauptergebnisse spiegeln die mangelhaft strukturierte Praxis der Pflegeaufgaben wie Assessment und Überwachung der Interventionen bei CED-Betroffenen. Laut Czuber-Dochan et al. (2014) erfolgt häufig kein systematisches Assessment beim Symptom Fatigue, da die Überprüfung von Laborwerten und Stuhlgang bei CED-Betroffenen im Vordergrund stehen. Fatigue stellt für viele Gesundheitsfachpersonen ein komplexes und subjektiv wahrgenommenes Konzept dar.

Zitate zeigen die Überforderung der Gesundheitsfachpersonen auf, wie beispielsweise: „I think we don't ask about it because quite frankly we don't necessarily know what we can do about it, and you don't really know what to advice" (Dzuber-Dochan et al., 2014, S. 840). Da nur eine beschränkte Anzahl an Interventionen zur Linderung von Fatigue vorhanden ist, ist eine Zurückhaltung der Gesundheitsfachpersonen beim Assessment von Fatigue zu beobachten. Konkrete Durchführungsbeschreibungen von möglichen Interventionen werden von Czuber-Dochan et al. (2014) nicht genannt. Mit der Studie kann keinen Zusammenhang zwischen Fatigue und der Krankheitsaktivität nachgewiesen werden, jedoch sind besonders Frauen zwischen 40-50 Jahren und ältere Altersgruppen von Fatigue betroffen (Czuber-Dochan et al., 2014).

3.2.3 Psychosoziale Unterstützung

Laut der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) gelten Pflegefachpersonen als Anbietende von psychosozialer Unterstützung, einschliesslich der psychologischen Betreuung, was zu einem erhöhten Pflegeaufwand beiträgt. Da zusätzlich zum Krankheitsbild psychische Symptome den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können und Gesundheitskosten erhöhen, sollen bereits beim Assessment psychische Beeinträchtigungen erfasst werden. Mittels Online-Umfrage wird dargestellt, dass 54% der befragten Gesundheitsfachpersonen integrierte Pflegemodelle in der Praxis anwenden, welche den psychosozialen Ansatz beinhalten. Für die Erfassung von psychischen Symptomen wird eine Screening-Methode mit drei Fragen zur aktuellen psychischen Verfassung der Betroffenen vorgeschlagen. Die Studie von Burkhalter et al. (2015) zeigt ebenfalls eine hohe Prävalenz psychischer Symptome auf. 23% der befragten CED-Betroffenen geben an, unter Angst zu leiden und 11% leiden an Depressionen. Die Ergebnisse weisen auf, dass sich 40.5% der CED-Betroffenen unter dem kritischen Wert der Lebensqualität befinden. Burkhalter et al. (2015) empfehlen CED-Betroffene mit individuellen Plänen zu unterstützen und psychosoziale Faktoren wie Stressbewältigung, psychische Belastungen und Erschöpfung zu beachten. Czuber-Dochan et al. (2014) benennen den Einfluss von CED auf alltägliche Tätigkeiten. Oft sind Isolationen und geringe soziale Aktivitäten Folgen der Auswirkungen von CED. Beziehungen und Elternschaft werden strapaziert und Betroffene sind auf die Hilfe des Umfeldes angewiesen. In der belgischen Studie von Coenen et al. (2017) wird die psychosoziale Unterstützung zu den acht angewendeten pflegerischen Interventionen gezählt, wobei nur geringer Bedarf seitens der CED-Betroffenen besteht.

3.2.4 Adhärenzförderung

In der Studie von Leach et al. (2014) beurteilen Pflegefachpersonen neben dem Krankheitsverständnis auch die Adhärenz der Patientinnen und Patienten. Ausserdem verfügen CED-Pflegefachpersonen über die Expertise in der Entwicklung von Selbstmanagementfähigkeiten bei chronischen Erkrankungen. Weiter schätzen die Pflegefachpersonen in der Studie von Amo et al. (2016) die Adhärenz bei Betroffenen ein und unterstützen sie emotional sowie körperlich. Ausserdem werden die Pflegefachpersonen als Schlüsselpersonen zur Vermittlung zwischen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten und Patientinnen beziehungsweise Patienten angesehen. Die Patientenedukation ermächtigt die CED-Betroffene laut McDermott et al. (2018) zum Selbstmanagement, was von Gesundheitsfachpersonen als wichtig für die Förderung des Verantwortungsbewusstseins erachtet wird. CED-Pflegefachpersonen sind aktiv an der Entwicklung von Strategien für das Selbstmanagement bei Patientinnen und Patienten beteiligt (O'Connor et al., 2014). In den Studien von Mikocka-Walus et al. (2014) und Coenen et al. (2017) gelten CED-Pflegefachpersonen als unterstützend im Medikamentenmanagement. Laut O'Connor et al. (2014) sind Pflegefachpersonen berechtigt, das Medikamentenmanagement eigenständig mit den CED-Betroffenen zu besprechen.

3.2.5 Prozesskoordination

Die Herstellung der ersten Kontaktaufnahme mit CED-Betroffenen und die darauffolgende Betreuung im Therapieprozess sind Bestandteile pflegerischer Interventionen (Mikocka-Walus, 2014). Weiter gehören laut Coenen et al. (2017) administrative Arbeiten wie Terminplanung und Koordination von Untersuchungen zu den pflegerischen Kompetenzen. Ausserdem bietet die Pflege rechtliche Unterstützung für CED-Betroffene an. Leach et al. (2014) empfehlen eine klare Definition der Verantwortlichkeiten von Ärztinnen oder Ärzten und der Pflege, sowie einen geregelten multidisziplinären Austausch. 72% der befragten Gesundheitsfachpersonen in der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) geben an, dass multidisziplinäre Sitzungen im Rahmen der CED-Behandlung durchgeführt werden. In der Studie von O'Connor et al. (2014) koordinieren 82% der befragten Pflegefachpersonen den Zugang zu Therapien und in 63% der Fälle werden die Therapien durch die Pflegefachperson selbst durchgeführt. Um das Behandlungsergebnis bei Patientinnen und Patienten zu verbessern, werden von Pflegefachpersonen verschiedene klinische Untersuchungen durchgeführt. Die Minderheit

der Pflegefachpersonen darf die Dosierung von Medikamenten selbständig anhand von Richtlinien anpassen. Einige besuchten vorgängig einen Kurs, weshalb sie nun zusätzlich selbständig Medikamente verschreiben dürfen. In der Studie von O'Connor et al. (2014) führen Pflegefachpersonen endoskopische Untersuchungen durch. 72% der befragten Pflegefachpersonen sind berechtigt, den Zustand des Patienten oder Patientin eigenständig zu beurteilen, ohne Rücksprache mit einer Ärztin oder einem Arzt zu halten. Die Studie von Amo et al. (2016) berichtet über die Überwachung der medikamentösen Behandlung, indem Blutentnahmen und weitere Laborproben gemacht werden. Pflegefachpersonen überprüfen beispielsweise den Impfstatus und entnehmen Stuhlproben. Sie überwachen den Krankheitsverlauf, beurteilen den klinischen Status anhand von Behandlungsrichtlinien und übernehmen Vorbereitungen von Diagnosetests. Ausserdem nehmen Pflegefachpersonen in der Studie von Leach et al. (2014) stationäre Untersuchungen vor. Dabei überprüfen sie die Knochendichte, den Immunstatus und machen Blutentnahmen. Wie auch Amo et al. (2016) beschreiben, nehmen Pflegefachpersonen die Beurteilung und Überwachung der aktuellen Behandlung vor. Bei zwei Drittel der betreuten Patientinnen und Patienten übernehmen die Pflegefachpersonen die Nachbetreuung und das Fallmanagement. Dazu gehört auch die Koordination von Konsultationen mit anderen medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten. Zur Weiterbildung und Entwicklung von besseren Unterstützungsmöglichkeiten nehmen Pflegefachpersonen an Forschungsprojekten und Konferenzen teil (Amo et al., 2016).

4 Diskussion

Die Ergebnisse werden im Folgenden unter Berücksichtigung der Würdigung und Güte der Studien, anhand weiterer Literatur und mit Einbezug des Evidence-based Nursing Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) diskutiert und miteinander verglichen. Die Diskussion erfolgt in Hinblick auf die zu beantwortende Fragestellung dieser Literaturarbeit: „Welche pflegerischen Interventionen unterstützen Patientinnen und Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung im stationären Setting?“. Abschliessend werden die Limitationen der vorliegenden Literaturarbeit aufgezeigt. Die vollständigen Würdigungen und Beurteilungen der Güte der einzelnen Studien befinden sich im Anhang B.

4.1 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen

Zur Beurteilung der Aussagekraft der Ergebnisse werden die Stärken und Schwächen der Studien anhand der Gütekriterien nach Steinke (1999) und Bartholomeyczik et al. (2008) aufgezeigt. Die Inhalte der Würdigungen werden anhand der AICA's nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) miteinbezogen. Ausserdem werden die in Kapitel 3.2 aufgezeigten Ergebnisse anhand weiterer Literatur verglichen und diskutiert.

Die Ergebnisse der Studie von Amo et al. (2016) zeigen auf, dass Pflegefachpersonen zur Unterstützung von CED-Betroffenen Beratungen zu Themenbereichen wie Behandlung, Nebenwirkungen von Medikamenten und Ernährung anbieten. Diese Bereiche der Edukationsbedürfnisse decken sich mit den häufigen Problemfeldern von CED-Betroffenen, welche Burkhalter et al. (2015) beschreiben. In der Studie von Amo et al. (2016) erfolgt zudem eine psychische und körperliche Unterstützung der Betroffenen durch die Pflegefachperson. Die Bedeutung der psychischen Unterstützung verdeutlichen Mikocka-Walus et al. (2014).

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit CED konnte durch das Anbieten von E-Mail- und Telefonkontakten verbessert werden. Unklar bleibt jedoch, ob die Ergebnisse bei einer nicht-spezialisierten Pflegefachperson anders ausfallen würden. Die Studie von Amo et al. (2016) berichtet über mehrere Interventionen zur Überwachung der medikamentösen Behandlung sowie des Krankheitsfortschrittes der Betroffenen. Die konkrete Auswirkung davon in Bezug auf die Unterstützung der Patientinnen und Patienten wird jedoch nicht beschrieben. Häufig übernehmen die Pflegefachpersonen die Nachbetreuung und das Fallmanagement bei den Betroffenen, inklusive der Koordination von Konsultationen mit anderen medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten (Amo et al., 2016). Betont wird

die Schlüsselrolle der Pflegefachpersonen als Vermittlung zwischen Fachkräften und Patientinnen und Patienten nicht nur durch Amo et al. (2016), sondern auch von O'Connor et al. (2014).

Zur Weiterbildung und Entwicklung von besseren Unterstützungsmöglichkeiten nehmen Pflegefachpersonen an Forschungsprojekten und Konferenzen teil. Im Setting dieser Studie ermöglichen diese Teilnahmen zahlreiche Projekte und somit Verbesserungen der Unterstützung, die gemäss Amo et al. (2016) ohne die CED-Pflegefachperson nicht stattfinden könnten. Die Übertragbarkeit dieser Erkenntnis auf andere Settings ist jedoch nicht beurteilbar, da keine genauen Informationen zu den Projekten vorhanden sind und diese somit nicht nachvollziehbar sind.

Das gewählte Design der Studie von Amo et al. (2016) ist passend zu den klar definierten Zielen der Studie. Die Stichprobengrösse ist repräsentativ für die Zielpopulation. Die in der Studie beschriebenen Interventionen sind von Pflegefachpersonen in der Praxis umsetzbar, vorausgesetzt, Rahmenbedingungen wie die pflegerischen Kompetenzen, Ermächtigung durch die Arbeitgebenden sowie die vorhandene Infrastruktur sind erfüllt.

Die Replizierbarkeit der Studienergebnisse durch andere Forschende ist aufgrund der sozialen Interaktion zwischen der Pflegefachperson und den Teilnehmenden, die während der Datenerhebung stattgefunden hat, nur bedingt möglich. Dies vermindert die Reliabilität der Studie. Die von den Pflegefachpersonen ausgeführten Interventionen werden aufgezeigt, sind jedoch nicht immer ausführlich beschrieben und können daher nur bedingt wiederholt werden. Qualitätskriterien sind aufgeführt und die statistischen Auswertungen der Ergebnisse sind passend in Bezug auf das Datenniveau der Variablen, so wurden Häufigkeitszählungen bei Nominalniveau der Daten eingesetzt. Eine quantitative Datenerhebung ist passend zur Fragestellung der Studie und es wurden alle erforderlichen Daten erhoben. Mögliche Einflüsse und Verzerrungen auf die Interventionen werden nicht erwähnt, obwohl Performancebias und Confounder vorhanden waren. So wurde die Auswirkung der sozialen Interaktion während der Durchführung der Interventionen nicht erfasst, wodurch die Rahmenbedingungen nicht für alle Teilnehmenden gleich waren. Zudem haben beispielsweise die Einstellung und das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Auswirkungen der Interventionen. Dies wurde bei der Datenauswertung nicht berücksichtigt, wodurch die Validität der Studie vermindert wird. Obwohl die CED-Betroffenen von der gleichen Pflegefachperson betreut wurden, besteht das Risiko, dass sich die Pflegefachperson

à Porta, Linda & Maurer, Melina

nicht allen Patientinnen und Patienten gegenüber gleich verhalten hat. Die Übertragbarkeit auf andere Settings und eine Generalisierung der Ergebnisse sind nur bedingt möglich. Dazu hätte die Studie noch in anderen Institutionen durchgeführt werden müssen.

Burkhalter et al. (2015) verwenden das Mixed-Methods Design um die prospektiven Informationen der quantitativen SIBDCS nach Pittet et al. (2009) und die qualitativen Daten aus den halbstrukturierten Interviews zusammenzubringen. Einerseits präsentieren die Forschenden die Erfassung der Bedürfnisse von CED-Betroffenen anhand der bereits zusammengetragenen Daten der SIBDCS. Andererseits wird die Umsetzung der N-ECCO-Konsenserklärung in die klinische Praxis evaluiert. Die qualitativen Ergebnisse der Studie zeigen eine Diskrepanz zwischen der eingestuften Relevanz der N-ECCO-Konsenserklärung und der tatsächlichen Anwendung im stationären Praxisalltag. Die Abweichung der Ausführung in der klinischen Praxis weist auf einen Handlungsbedarf seitens der Pflege hin und begründet den weiteren Forschungsbedarf.

Eine Stärke der Studie von Burkhalter et al. (2015) ist die Datenerhebung in der Schweiz. Dies erlaubt einen möglichen Praxistransfer in das schweizerische Gesundheitssystem. Die Antworten der interviewten Gesundheitsfachpersonen werden zusammenfassend anhand einer Tabelle nachvollziehbar illustriert. Die quantitativ erhobenen Daten der SIBDCS sind in Statistiken veranschaulicht. Im Diskussionsteil werden Zusammenhänge verknüpft und Empfehlungen kritisch erläutert. Beispielsweise werden einzelne, in der N-ECCO-Konsenserklärung beschriebene, pflegerische Aufgaben in den Akutspitäler der Schweiz von anderen Professionen wie Ernährungsberatung oder Ärztinnen und Ärzten übernommen. Somit ist die vollständige Implikation der N-ECCO-Konsenserklärung nicht umsetzbar. Psychosoziale Faktoren wie Stressbewältigung und Erschöpfung, sollen laut Burkhalter et al. (2015) in das Schmerzassessment miteinbezogen werden. Damit könnten Zusammenhänge erkennbar gemacht werden und falls nötig weitere Unterstützung von Psychologinnen oder Psychologen angefordert werden.

Auf die Datensättigung wird nicht eingegangen. Eine weitere Schwäche der Studie ist die geringe Anzahl an befragten Gesundheitsfachpersonen für die qualitativen Daten. Die Forschenden erfassten Daten von nur vier Fachpersonen aus demselben Spital in der Schweiz, weshalb die Ergebnisse nicht auf alle CED-Betroffene in der Schweiz oder weltweit generalisiert werden können. Da 67% der Befragungskohorte für die qualitativen Daten den Fragebogen nicht ausfüllten, stellt sich die Frage, wie relevant die Fragen für

CED-Betroffene waren. Die Forschenden erläuterten keine Begründung zu den illustrierten Drop-Outs und nennen kein Signifikanzniveau.

Das gewählte Mixed-Methods Design entspricht laut den Forschenden nicht der korrekten Definition, führte schlussendlich dennoch zur Beantwortung der Fragestellung.

Verschiedenste relevante Themenbereiche von CED-Betroffenen wie das Symptomanagement und Beratungen über Telefonkontakt werden aufgezeigt. Die Forschenden gehen jedoch nicht weiter auf mögliche Interventionen oder ausführlich beschriebene, pflegerische Massnahmen zur Unterstützung von CED-Betroffenen im Akutspital ein. Wodurch sich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit nur teilweise beantworten lässt.

Die Forschungsfrage der quantitativen Studie von Coenen et al. (2017) wird umfangreich erläutert und klar beschrieben. Die Studie diskutiert ein pflegerelevantes Thema und nimmt Bezug auf vorbestehende Fachliteratur. Anknüpfend an die Studie von Leach et al. (2014) wurde die Wirksamkeit einer CED-Pflegefachperson im stationären Setting eines belgischen Akutspitals untersucht. Dabei wurde die Hypothese erstellt, dass eine Kostensenkung im Gesundheitswesen durch eine CED-Pflegefachperson zu erwarten ist. Die Position einer CED-Pflegefachperson wird als Schlüsselrolle des multidisziplinären Teams in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit CED beschrieben (Belling, Woods, & McLaren, 2008). Die Datenerhebung ist nur begrenzt nachvollziehbar dargestellt, der Zeitraum wurde jedoch klar auf ein Jahr festgelegt. Die erhobenen Daten werden präzise und übersichtlich präsentiert und ergänzend mit Statistiken illustriert. Im Diskussionsteil werden offene Fragen dargelegt und mögliche Lösungsvorschläge erläutert, wie beispielsweise die Implikation einer geschulten CED-Pflegefachperson in die klinische Praxis oder spezialisierte Zentren für CED-Betroffene. Ausserdem nennen die Forschenden vergleichbare Studien und Forschungsliteratur. Beispielsweise weist Calvet et al. (2013) auf eine kontinuierliche Betreuung und Unterstützung von CED-Betroffenen durch CED-Pflegefachpersonen hin.

Aus ethischen Gründen konnte in der Studie von Coenen et al. (2017) kein Controlled Trial durchgeführt und somit keine Daten einer Kontrollgruppe erhoben werden. Die Kontrollgruppe hätte zum Vergleich keine pflegerischen Interventionen erhalten, was von den Forschenden nicht als vertretbar erachtet wird. Weitere Limitationen werden von den Forschenden transparent erläutert, wie der Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit und Erfahrungswissen der CED-Pflegefachperson. Ausserdem konnte der Einfluss einer

à Porta, Linda & Maurer, Melina

CED-Pflegefachperson auf die Arbeitsentlastung und Zeiteinsparung von Ärztinnen und Ärzten nicht signifikant festgestellt werden. Das Studiendesign wird von den Forschenden nicht begründet oder erläutert. Doch die grosse Stichprobengrösse von 1'313 CED-Betroffenen und die systematische Datenerhebung weisen auf eine quantitative Datenerhebung hin. Ähnlich zur Studie von Burkhalter et al. (2015) basiert die belgische Studie von Coenen et al. (2017) ebenfalls nur auf Daten von einem Land und Spital, was die Generalisierbarkeit der Daten wesentlich einschränkt. Die Daten stehen so in Abhängigkeit mit dem Gesundheitssystem und der Ausbildung der Pflegefachpersonen des gewählten Landes. Zur Datenerhebung wird lediglich eine Selbsterfassung erwähnt, welche durch die ausgewählte CED-Pflegefachperson geführt wurde. Dies lässt einen möglichen persönlichen Einfluss der Pflegefachperson und somit Verzerrung der Daten vermuten. Das verwendete Softwarepaket als Messinstrument sowie die anschliessende Datenanalyse werden nicht detailliert erläutert.

Wie Coenen et al. (2017) erläutern auch Cameron und Sawatzky (2008) den Zusammenhang zwischen dem Symptommanagement und der Patientenedukation. Cameron und Sawatzky (2008) untersuchten das postoperative Schmerzmanagement bei CED-Betroffenen im stationären Setting. Die Untersuchung zeigt auf, welchen positiven Einfluss die Patientenedukation vor der Operation auf die Copingstrategien im Umgang mit den postoperativen Schmerzen hat. Die Patientinnen und Patienten können durch die Aufklärung der Pflegefachperson den Verlauf der Schmerzen besser nachvollziehen und zeigen eine höhere Adhärenz auf.

Laut den CED-Betroffenen in der Studie von Czuber-Dochan et al. (2014) wird das belastende Symptom Fatigue im Praxisalltag von Gesundheitsfachpersonen oftmals ignoriert. Besonders da Fatigue im Zusammenhang mit CED nicht ein offensichtliches und akutes Symptom darstellt, steht das Symptom meist nicht im Vordergrund der Pflegeplanung. Einige Gesundheitsfachpersonen anerkennen Fatigue nicht als ein Symptom bei CED-Betroffenen, da Müdigkeit als modernes gesellschaftliches Problem gilt. Andere Gesundheitsfachpersonen wiederum sehen Fatigue in allen komplexen Patientensituationen. Die Studie behandelt somit ein relevantes Thema in der Pflege mit einem grossen Wiedererkennungswert in der Praxis. Eine konkrete Fragestellung und das ausgewählte Setting werden durch die Forschenden jedoch nicht präsentiert. Das qualitative Design wurde kongruent mit der Datenerhebung umgesetzt und anhand übersichtlicher Tabellen transparent und detailliert illustriert. Der Forschungsprozess wird

ausführlich beschrieben und verschiedene Forschende wurden involviert, was die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Studie als hoch einstufen lässt. Wortwörtliche Zitate und Vergleiche mit ähnlicher Literatur verstärken die Aussagekraft der Studie.

Als Schwäche der Studie von Czuber-Dochan et al. (2014) wird die lückenhaft dargestellte Datenanalyse angesehen. Die Forschenden verdeutlichen den Handlungsbedarf für eine Edukation der CED-Pflegefachpersonen bezüglich Fatigue bei CED-Betroffenen, jedoch werden keine klaren Handlungsschritte oder konkrete pflegerischen Interventionen genannt. Die bisher mangelhaft evidenzbasierte Forschung für pflegerischen Interventionen bei Fatigue begründet den weiteren Forschungsbedarf.

Die amerikanische Studie von Conley, Proctor, Jeon, Sandler und Redeker (2017) mit 5'296 Teilnehmenden präsentiert eine Untersuchung von typische Symptomclustern bei CED-Betroffenen. Dabei wird Fatigue von den CED-Betroffenen unter den wichtigsten fünf Symptomen angegeben. Laut Van Langenberg und Gibson (2010) seien 41-48% aller Patientinnen und Patienten mit CED von Fatigue betroffen. Da laut Cameron und Sawatzky (2008) die präoperative Patientenedukation einen positiven Einfluss auf das postoperative Schmerzmanagement zeigt, lässt sich eine Verbindung zwischen Edukation und Fatigue ableiten. So lässt sich die Hypothese aufstellen, dass Edukation über Fatigue wesentlich zur Adhärenzförderung beiträgt und die CED-Betroffenen im Selbstmanagement unterstützt.

Wie die Ergebnisse der Studie von Leach et al. (2014) zeigen, beurteilen und überwachen Pflegefachperson die aktuelle Behandlung der Betroffenen und nehmen verschiedene Untersuchungen vor. Weiter führen sie Beratungen durch und beurteilen das Krankheitsverständnis sowie die Adhärenz der Patientinnen und Patienten. Durch diese Interventionen konnten geschätzt 136'535 Australische Dollar eingespart werden, da 32 Aufnahmen auf der Notfallstation und die Anzahl Aufenthaltstage im Spital um 171 vermindert werden konnten. Daraus lässt sich schliessen, dass die Interventionen eine positive Auswirkung auf die Betreuung der Betroffenen haben. Die Reduktion der Kosten und der Aufnahmen auf der Notfallstation könnten damit zusammenhängen, dass die CED-Betroffenen ihr Wissen erweitern und sich somit frühzeitig bei Fachpersonen melden konnten. Beratungen erfolgen grösstenteils über Telefon- und E-Mail-Kontakt, was mit Ergebnissen der Studien von Amo et al. (2016) und Burkhalter et al. (2015) übereinstimmt. Gemäss Leach et al. (2014) leisten die Interventionen einer CED-Pflegefachperson einen kontinuierlichen Beitrag zur Effizienz des Patientenmanagements. Auffallend ist, dass

à Porta, Linda & Maurer, Melina

Teilnehmende mit Morbus Crohn eine signifikant höhere Anzahl an Interventionen in Anspruch nahmen als jene mit Colitis Ulcerosa ($p < 0.0001$). Die Studie von Hardt et al. (2010) zeigt, dass Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn häufiger unter Schmerzen und Ängsten leiden als jene mit Colitis Ulcerosa. Zudem berichten sie häufiger von Einschränkungen in den Bereichen Ernährung, soziale Aktivitäten, Erwerbstätigkeit und Sexualität. Diese vermehrten Einschränkungen könnten eine mögliche Erklärung für die signifikant höhere Anzahl Interventionen bei Morbus Crohn in der Studie von Leach et al. (2014) sein. Dadurch wird die Frage aufgeworfen, ob unterschiedliche Interventionen zur Unterstützung der beiden Krankheitsbilder nötig sind. In der Literatur werden mehrheitlich Interventionen für beide Krankheitsbilder zusammengefasst.

Die Ziele der Studie von Leach et al. (2014) sind genau definiert und das quantitative Design passend dazu gewählt. Die Stichprobenziehung ist angebracht, hätte jedoch noch in weiteren Kliniken durchgeführt werden können, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Die Stichprobe ist somit nur bedingt repräsentativ. Die genauen Erhebungen und Berechnungen der Daten sind nicht nachvollziehbar und mögliche Einflussfaktoren auf die Interventionen werden nicht genannt. Eine Wiederholung der Studie durch andere Forschende wäre nicht möglich, da die Interventionen und Messverfahren sowie Auswertungsverfahren nicht vollständig beschrieben sind. Unklar ist, welchen Einfluss die Drop-Outs auf die Ergebnisse hatten, da die Handhabung ihrer Daten bei der Auswertung nicht beschrieben wird.

Da die Durchführung der pflegerischen Interventionen nicht detailliert erläutert wird, können diese nicht direkt in die klinische Praxis umgesetzt werden. Schlussendlich konnte nicht belegt werden, ob die Spitaleinweisungen tatsächlich aufgrund der CED-Pflegefachpersonen verringert wurden. Die Ergebnisse bieten jedoch eine gute Grundlage für die Berufsentwicklung und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Die Datenerhebung basierte auf einer einzigen CED-Pflegefachperson durch Selbsterhebung, wie in der Studie von Coenen et al. (2017), was die Objektivität verringert. Jedoch erfolgte zur Erhöhung der Validität eine dreimonatliche externe Kontrolle. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen CED-Pflegefachpersonen möglicherweise andere Kompetenzen haben.

Die Ergebnisse der Studie von McDermott et al. (2018) zeigen auf, dass Betroffene gerne mehr über ihre Krankheit erfahren, um klare Entscheidungen treffen und sich um sich selbst kümmern zu können. Dies verdeutlicht den Bedarf an Unterstützung im Bereich

à Porta, Linda & Maurer, Melina

Selbstmanagement, der auch in der Studie von O'Connor et al. (2014) sowie von Conley und Redeker (2016) genannt wird. Der Wunsch nach hoher Selbstmanagementkompetenz in allen Lebensbereichen ist eine mögliche Erklärung dafür, dass Edukation gemäss den Studienergebnissen in Bezug auf ein Leben mit CED ganzheitlich erfolgen sollte. Die Patientenedukation beinhaltet Themen wie Ernährung, Lebensstil und die Aufklärung der Familien (McDermott et al., 2018). Edukation wird auch in den Bereichen Angst und Stress erwünscht. Dies weist auf die Bedeutung der psychischen Auswirkungen der CED hin. Weiter verdeutlichen die Studienergebnisse, wie individuell die Präferenzen und Bedürfnisse bezüglich der Inhalte und Formen der Edukation sind und dabei keine signifikanten Einflussfaktoren vorhanden sind. Die Forschenden begründen damit die Wichtigkeit, einer auf den Patienten oder die Patientin angepassten Edukation, was auch Rettke et al. (2013) betonen. Diese Begründung wird verstärkt durch die vorhandene Uneinigkeit darüber, ob Edukation Stress verursachend oder lindernd ist. Verursacht Edukation Stress, kann sie nicht mehr als eine unterstützende Intervention angesehen werden. Die Ergebnisse der Studie von McDermott et al. (2018) sind von Pflegefachpersonen in der Praxis umsetzbar. Dafür wird vorausgesetzt, dass sich die Pflegefachpersonen den Bedürfnissen der CED-Betroffenen bewusst und die erforderlichen Kompetenzen sowie Ressourcen vorhanden sind. Für das Entwickeln eines einheitlichen Edukationsprogrammes müssten noch mehr Interviews in anderen Settings und Ortschaften durchgeführt werden, um eine Datensättigung zu erreichen.

Die Verbindung zwischen Mixed-Methods als gewähltes Studiendesign und dem Forschungsziel ist gut nachvollziehbar und wird von den Forschenden begründet. Die Stichprobe im qualitativen Teil der Studie von McDermott et al. (2018) wird beschrieben und ist repräsentativ, so wurden Betroffene von Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, sowie Männer und Frauen mit unterschiedlicher Erfahrung befragt. Die Datenerhebung im qualitativen Teil der Studie ist nachvollziehbar und wurde bei allen Teilnehmenden einheitlich durchgeführt.

Der Einbezug von ländlichen und städtischen Gebieten erhöht die Übertragbarkeit und Reliabilität der Studie. Die Umfrage kann jederzeit in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden, allenfalls müsste die Sprache angepasst werden. Ein Signifikanzniveau wurde nicht festgelegt, daher ist die Aussagekraft der Ergebnisse nicht abschliessend beurteilbar. Die Ergebnisse sind jedoch unabhängig von der Situation und Versuchsleitung. Die soziale Interaktion zwischen Forschenden und Teilnehmenden war

gering. Die Methode ist genau beschrieben, der Fragebogen ist komplett im Anhang der Studie ersichtlich. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen andere Angebote gemacht werden beziehungsweise andere Bedürfnisse vorliegen.

Die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist hoch, so fand beispielsweise die Durchführung durch die Forschenden unabhängig voneinander und in Begleitung einer externen Person statt. Als Schwäche der Studie von McDermott et al. (2018) wird die fehlende Information über das Vorverständnis der Interviewführenden angesehen. Zudem werden die Rekrutierung und das Setting der Durchführung der Interviews nicht beschrieben. Zur empirischen Verankerung sind Zitate aufgelistet, jedoch nicht zu allen Fragen.

Die Pflegerelevanz der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) wird durch die Anwendung von Pflegemodellen im stationären Setting illustriert. Jedoch wird nicht weiter auf die erläuterten Pflegemodelle eingegangen. Der quantitative Teil der Mixed-Methods Studie wird anhand von Statistiken nachvollziehbar dargestellt, wobei auf den qualitativen Teil nicht eingegangen wird. Folglich lässt sich die anonyme Datenanalyse nur bedingt nachverfolgen. Eine Stärke der Studie stellt der Diskussionsteil dar, da ein ausführlicher Bezug zu früheren Studien und dem theoretischen Hintergrund hergestellt wird. Als Limitation nennen die Forschenden den Einbezug von ausschliesslich englischsprachigen und interessierten CED-Pflegefachpersonen, was zur Verzerrung der Daten geführt haben könnte. Ausserdem waren 60% der Befragten noch in der Ausbildung, woraus sich einen geringen Erfahrungswert schliessen lässt. Die Studie zeigt auf, wie wichtig der Einbezug von psychischen und sozialen Aspekten in die Pflegemodelle ist. In der quantitativen Studie von Conley et al. (2017) aus Amerika leiden 14% der CED-Betroffenen unter psychischen Belastungen wie Angstzustände oder Depressionen. Hingegen weist die Studie von Coenen et al. (2017) nur geringen Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei CED-Betroffenen auf.

Befragte Gesundheitsfachpersonen der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) äussern positive Rückmeldungen der CED-Betroffenen bei der Anwendung von Komplementärmedizin. Die Studie geht jedoch nicht weiter darauf ein, weshalb keine Ableitung von pflegerischen Interventionen möglich ist.

Die Ergebnisse der Studie von O'Connor et al. (2014) zeigen Patientenedukation als häufig vorgenommene Massnahme auf. Mehr als dreiviertel der befragten

Pflegefachpersonen in Europa führen telefonische Beratungen durch. Eine mögliche Erklärung dafür bietet, dass Informationen auf diese Weise schnell und einfach erhältlich sind, was zu den Bedürfnissen der Betroffenen gehört (McDermott et al., 2018). Deutlich wird durch die Ergebnisse in der Studie von O'Connor et al. (2014), dass Selbstmanagement für die Betroffenen ein wichtiges Thema ist. So werden Unterstützungen in diesem Bereich häufig genannt. Ähnliche Ergebnisse sagen auch die Studien von McDermott et al. (2018) und Rettke et al. (2013) aus. Fast dreiviertel der befragten Pflegefachpersonen beurteilen den Zustand der CED-Betroffenen selbständig, ohne Rücksprache mit einer Ärztin oder einem Arzt (O'Connor et al., 2014). Ob dies im Vergleich zur Beurteilung durch eine Ärztin oder einen Arzt eine positive Auswirkung auf die Unterstützung der Betroffenen hat, lässt sich jedoch nicht sagen. Auch die direkten Auswirkungen auf die Unterstützung durch Untersuchungen, die von Pflegefachpersonen durchgeführt werden, sind unbekannt. Es lässt sich vermuten, dass Untersuchungen, wie beispielsweise eine Endoskopie, zur optimierten Behandlung führen und die Betroffenen somit indirekt unterstützt werden.

Die unterschiedlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen in den einzelnen Ländern und Institutionen weisen auf die begrenzte Übertragbarkeit der Ergebnisse hin. Damit zusammenhängend sind auch die unterschiedlichen Gesundheits-, Politik- und Bildungssysteme der einzelnen Länder. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss eine umfangreichere Behandlung anbieten können, als jene mit einem Bachelorabschluss (O'Connor et al., 2014). Daraus lässt sich ableiten, dass der Bildungsabschluss der Pflegefachpersonen ebenfalls einen Einfluss auf die Unterstützung der Patientinnen und Patienten hat. Diesen Zusammenhang beschreiben auch Amo et al. (2016).

Das Forschungsziel der Studie von O'Connor et al. (2014) wird genau definiert. Die Stichprobe ist nur bedingt repräsentativ, da ihre Ziehung nur an einem Ort stattgefunden hat. Es gab keine Drop-Outs, jedoch füllten nicht alle Teilnehmenden den Fragebogen vollständig aus, ihre Daten wurden aber dennoch verwendet. Einige Daten wurden nicht spezifisch erhoben. Beispielsweise wurden das Alter und die Berufserfahrung nominal anstatt proportional erhoben. Das Messinstrument sowie die Durchführung der Studie und die Auswertung der Ergebnisse sind standardisiert. Die Reliabilität der Studie wird als hoch eingeschätzt, da eine Wiederholung durch andere Forschende jederzeit möglich wäre. Es besteht eine hohe Zuverlässigkeit des Fragebogens, jedoch können nur jene

Aufgaben erfasst werden, welche auf dem Fragebogen zur Auswahl stehen. Das Risiko, dass falsche Angaben gemacht werden, bleibt bestehen. Die Methode wird genau beschrieben und der Fragebogen ist im Anhang der Studie komplett ersichtlich. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen andere Aufgaben gemacht werden. Da 17-22% der befragten Pflegefachpersonen in dieser Studie nicht im stationären Setting arbeiteten, sind die Ergebnisse der Studie von O'Connor et al. (2014) limitiert auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit übertragbar.

4.2 Bezug zum theoretischen Hintergrund

In diesem Kapitel werden Aussagen der in Kapitel 3.1 vorgestellten Studien anhand der vier Ebenen des EBN-Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) eingeordnet, um anschliessend eine Beurteilung der präsentierten Interventionen vornehmen zu können. Die Unterkapitel sind anhand der vier Dimensionen des EBN-Modells gegliedert.

4.2.1 Ergebnisse der Pflegeforschung

Diese Ebene beinhaltet reliable und valide Aussagen aus wissenschaftlichen Texten wie Studien und Forschungsartikel (Rycroft-Malone et al., 2004).

Amo et al. (2016) erläutern die Wichtigkeit eines einfachen und schnellen Zuganges für CED-Betroffene zu medizinischem Fachpersonal. Dadurch können die Risiken einer Verschlimmerung der Symptome oder des Krankheitsverlaufes sowie berufliche Probleme, soziale Isolation und psychische Überlastung frühzeitig erkannt und reduziert werden. Das frühzeitige Erkennen von Symptomen und das zeitnahe Intervenieren bei Krankheitsschüben bekräftigt die Studie von Leach et al. (2014) ebenfalls. CED-Pflegefachpersonen bieten einen einfachen Zugang zur Beratung und Unterstützung für Betroffene und deren Angehörigen. Das Interesse an internetgestützter Edukation ist laut McDermott et al. (2018) gestiegen. Die Optimierung der Unterstützungsqualität von CED-Betroffenen erfordert den verfügbaren Zugang zu Informationen und Edukation. Aus der Forschung ist wenig bekannt über die konkreten Edukationsbedürfnisse der CED-Betroffenen. Ausserdem ist umstritten, ob Edukation nicht nur hilfreich, sondern auch Stress und Sorgen auslösen kann (McDermott et al., 2018). O'Connor et al. (2014) nennen für eine gute Unterstützung der CED-Betroffenen die Begleitung durch ausgebildete CED-Pflegefachpersonen. Pflegefachliche Unterstützung beinhaltet eine klinische Beurteilung, das Medikamenten- und Selbstmanagement, Patientenedukation, Mitarbeit in der Forschung,

Koordination von Terminen und Telefonberatungen. Ein schneller und sichergestellter Zugang zur Behandlung von CED-Pflegefachpersonen reduziert das Risiko eines Rezidivs für CED-Betroffenen signifikant. Laut Burkhalter et al. (2015) weist die Forschung eine Lücke auf für Instrumente zur Beurteilung des Bedarfs von CED-Betroffenen und Pflegekontinuitätsstrukturen zur Regulation ambulanter Nachsorge. Die Forschung zeigt bereits positive Auswirkungen von CED-Pflegefachpersonen auf die Strukturierung eines Spitals (Coenen et al., 2017). Laut Czuber-Dochan et al. (2014) leiden 40% der CED-Betroffenen unter Fatigue und äussern, dadurch einer zusätzlichen psychischen Belastung ausgesetzt zu sein. Die Symptomerfassung erfolgt meist aufgrund des chronischen Zustandes und der raren Interventionsmöglichkeiten nicht. Die Forschung weist keine Korrelation zwischen Fatigue und der Krankheitsaktivität auf. Das biomedizinische Pflegemodell ist dem Unterstützungsbedarf von CED-Betroffenen laut Mikocka-Walus et al. (2014) nicht angepasst. Zur umfangreichen Erfassung von psychosozialen Aspekten und individueller Betreuung wenden 54% der befragten Gesundheitsfachpersonen das integrierte Pflegemodell an.

4.2.2 Vorstellungen der Patientinnen und Patienten

Diese Ebene beinhaltet die Sicht der Patientinnen und Patienten. Dabei handelt es sich um das Erfragen und Berücksichtigen ihrer Ziele, Vorstellungen, Präferenzen und Bedürfnisse (Rycroft-Malone et al., 2004).

Der persönliche Kontakt mit Pflegefachpersonen bietet laut Amo et al. (2016) einigen CED-Betroffenen mehr Sicherheit als Kontakt über Telefon und E-Mail. Andere bevorzugen Unterstützung via Telefon oder E-Mail, da dies einen schnellen Zugang zur Betreuung ermöglicht und Besuche im Spital vermeidet. Patientinnen und Patienten mit CED äussern den Bedarf an psychischer und physischer Unterstützung von den Pflegefachpersonen, wobei eine gute multidisziplinäre Zusammenarbeit im Vordergrund steht. CED-Betroffene wünschen sich Förderung im Selbstmanagement und fordern Fachexpertise von den Pflegefachpersonen. Ausserdem besteht der Wunsch der CED-Betroffenen nach einer ausführlichen Patientenedukation in den Bereichen Erkrankung, Behandlung, Nebenwirkungen und zu spezifischen Lebenssituationen (Amo et al., 2016). Bei der Erfassung der Bedürfnisse von CED-Betroffenen in der Studie von Burkhalter et al. (2015) wird die Wichtigkeit von kontinuierlichen Informationen und Aufklärungen durch Pflegefachpersonen ebenfalls betont. Neben Informationsbroschüren und Möglichkeit für Telefonkontakt und E-Mail-Beratung, werden die fachliche Expertise und der persönliche

Kontakt durch die jeweils gleiche CED-Pflegefachperson von den Patientinnen und Patienten geschätzt. Dazu wird von den Betroffenen ein flexibler und patientenorientierter Ansatz gewünscht (Coenen et al., 2017; Leach et al., 2014). Laut Czuber-Dochan et al. (2014) gehört das Assessment von Fatigue in das Symptomanagement, dabei soll die subjektive Äusserung der Patientinnen und Patienten ernst genommen werden. Da Fatigue oft in der akuten Krankheitsphase von CED ignoriert oder nur als zweitrangig betrachtet wird, besteht ein erhöhter pflegerischer Unterstützungsbedarf. In der Studie von McDermott et al. (2018) äussern CED-Betroffene durch individuell angepasste Edukation mehr über ihre Krankheit erfahren zu können, was wiederum zur Unterstützung im Selbstmanagement und in wichtigen Entscheidungsprozessen führt. Besonders besteht der Edukationsbedarf in den Bereichen Ernährung und dem zu erwartenden Krankheitsverlauf.

4.2.3 Umgebungsbedingungen

Die Ebene der Umgebungsbedingungen beschreibt notwendige und vorhandene politische, ökonomische und gesellschaftliche Ressourcen sowie das Fachwissen von Pflegefachpersonen (Rycroft-Malone et al., 2004).

Amo et al. (2016) äussern den Bedarf an spezialisierten, multidisziplinären Abteilungen, welche zur optimalen Betreuung von CED-Betroffenen benötigt werden. Durch klare Richtlinien von pflegerischen Interventionen wird die umfassende Betreuung und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten deutlich verbessert. Notwendig sind Kommunikationsmittel wie das Telefon und E-Mail, wodurch Beratungen jederzeit möglich sind. Ein spezifisches Fachwissen der Pflegefachpersonen im Bereich CED ist von Vorteil. CED-Pflegefachpersonen sollten den klinischen Status von Betroffenen adäquat beurteilen und Behandlungen gemäss ihren Kompetenzen in der Institution anpassen können. Die Edukation soll an die Bedürfnisse der CED-Betroffenen individuell angepasst und angeboten werden. Burkhalter et al. (2015) thematisieren die Strukturierung der CED-Pflege anhand der N-ECCO-Konsenserklärung. Doch die Umsetzung und Aufgabenverteilung der N-ECCO ist nicht vollständig in das Gesundheitssystem in der Schweiz implementierbar. Die Prozesskoordination wird in der Schweiz eine ausgebildete Advanced Practice Nurse (APN) übernehmen, welche sich im Bereich CED spezialisiert hatte. Zur Erfassung der Bedürfnisse und des Unterstützungsbedarfs sind ausserdem standardisierte Assessmentinstrumente notwendig. Weiter werden von den CED-Betroffenen spezialisierte Zentren mit geeigneten Räumlichkeiten und genügend

Zeitressourcen der CED-Pflegefachpersonen für Patientenedukation und Telefonberatung gewünscht. Wie Burkhalter et al. (2015) erwähnen auch Coenen et al. (2017) den Mehrwert der multidisziplinären Fallbesprechungen und Zusammenarbeit. Weiter wird die Berufserfahrung als Einflussfaktor für die Pflegequalität von CED-Betroffenen erwähnt und eine Weiterbildung im Patientenmanagement empfohlen (Coenen et al., 2017; O'Connor et al., 2014). Fehlende pflegerische Interventionen bei Fatigue sind laut Czuber-Dochan et al. (2014) auf mangelhafte Assessmentinstrumente zurückzuführen. Leach et al. (2014) sehen Verbesserungspotential im Bereich Patientenmanagement und in der Behandlungscoordination. Pflegefachpersonen sollen die Situation und Symptome einschätzen und passende Massnahmen daraus ableiten können. Um das Verständnis der Pathophysiologie und für die Behandlungen entwickeln zu können, sind Patienten- und Familienberatungen unerlässlich. McDermott et al. (2018) verweisen auf Edukation durch das Internet und jederzeit zugängliche Informationen für CED-Betroffene. Zusätzlich soll Gruppenedukation und persönliche Beratung durch das Fachpersonal zur Verfügung stehen. Als Ressourcen werden in der Studie von Mikocka-Walus et al. (2014) elektronische Datenbanken zur Überwachung des Pflegeprozesses, Patientenschulungen, multidisziplinäre Sitzungen und Fallbesprechungen genannt.

4.2.4 Expertise der Pflegenden

Bei dieser Ebene geht es darum, die Praxiserfahrungen der Pflegefachpersonen einzubeziehen (Rycroft-Malone et al., 2004).

Im Praxisalltag sind undefinierte Verantwortungsbereiche bezüglich Kommunikation, Inkontinenz und Patientenedukation anzutreffen. Deshalb ist eine Struktur oder Standardisierung in der CED-Pflege notwendig (Burkhalter et al., 2015). Eine weitere Schwierigkeit wird von Czuber-Dochan et al. (2014) beschrieben. Das Symptommanagement wird als schwierig und komplex angesehen, besonders wenn es sich um subjektive Einschätzungen wie bei Schmerzen oder Fatigue handelt. McDermott et al. (2018) haben festgestellt, dass Patientinnen und Patienten sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Präferenzen in Bezug auf Edukation haben. Deshalb wird eine individuell angepasste Beratung empfohlen. Von 135 befragten Gesundheitsfachpersonen, stellen sich 51% eine spezialisierte Klinik für eine optimale Unterstützung von CED-Betroffenen vor. Das Krankheitsmanagement ist sehr komplex, weshalb meist mehrere Interventionen in Kombination durchgeführt werden (O'Connor et al., 2014).

4.3 Beantwortung der Fragestellung

Im folgenden Kapitel wird die Beantwortung der Fragestellung anhand der Literaturrecherche vorgenommen. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

„Welche pflegerischen Interventionen unterstützen Patientinnen und Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung im stationären Setting?“

Die pflegerischen Interventionen zu CED werden in der Forschungsliteratur vielfältig, jedoch für eine direkte Durchführbarkeit in der klinischen Praxis zu ungenau beschrieben. Da die Behandlung einer CED viele medikamentöse, psychologische und medizinische Untersuchungen beinhaltet, ist lediglich eine limitierte Anzahl an Fachliteratur und Forschungsstudien über pflegerische Interventionen bei CED-Betroffenen vorhanden. Dies verdeutlicht beispielsweise die Relevanz und das Bedürfnis der psychologischen Unterstützung für CED-Betroffenen (Mikocka-Walus et al., 2014). Die Schwierigkeit des chronisch fluktuierenden und unterschiedlich ausgeprägten Krankheitsverlaufs von CED, erschwert die Umsetzung von standardisierten pflegerischen Interventionen (Burkhalter et al., 2015; McDermott et al., 2018).

Einzelne Überschneidungen der Studienergebnisse ermöglichen Schwerpunkte für die pflegerische Unterstützung von CED-Betroffenen festzulegen. Aus der Literaturrecherche ergeben sich folgende fünf pflegerische Interventionsbereiche: Patientenedukation, Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung, Adhärenzförderung und Prozesskoordination.

Unter der Patientenedukation wird Beratung, Aufklärung und Begleitung für CED-Betroffene verstanden. Ebenfalls dazu gehört das Angehörigencoaching und unterschiedliche Formen wie E-Mail- und Telefonkontakt oder Informationsbroschüren, was zur Adhärenzförderung führt und somit zum Selbstmanagement befähigt. Das Symptommanagement soll durch das Pflegefachpersonal anhand standardisierter Assessmentinstrumente durchgeführt werden, wobei der Fokus besonders auf Fatigue und psychischen Belastungen liegen soll. Die psychosoziale Unterstützung der CED-Betroffenen besteht aus der Erfassung und der Anerkennung des psychischen und sozialen Zustandes der Patientinnen und Patienten. Bezüglich der Adhärenzförderung wird der Schwerpunkt besonders auf das Selbstmanagement und Handhabung der Medikamente gelegt. Die Prozesskoordination beinhaltet das Ausführen von ärztlichen

Verordnungen, Planung von Terminen und Therapien, sowie das Arbeiten im multidisziplinären Team.

4.4 Limitationen

Die vorliegende Literaturarbeit weist mehrere Limitationen auf, welche im Folgenden erläutert werden.

Es handelt sich nicht um eine systematische, lediglich um eine systematisierte Literaturrecherche. Dadurch ist es möglich, dass nicht alle zur Beantwortung der Fragestellung relevanten Studien identifiziert werden konnten. Weiter ist nur wenig Literatur zum Thema Pflege bei CED vorhanden. Häufig werden Rollen der Pflegefachpersonen oder medizinische Interventionen beschrieben, jedoch kaum konkrete, pflegerische Interventionen. Zudem sind Studien, welche alle in Kapitel 2.1.3 aufgeführten Einschlusskriterien erfüllen, häufig deutlich älter als zehn Jahre, was nicht mit den festgelegten Limitationen dieser Literaturarbeit vereinbar ist. Aktuelle Literatur zum Thema pflegerische Unterstützung bei CED ist kaum vorhanden. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit konnte daher in Bezug auf die Population und das Phänomen nicht spezifischer definiert werden. Bei einer weiteren Spezifizierung der Population auf junge Erwachsene oder des Phänomens auf die Lebensqualität der Betroffenen, wie anfänglich durch die Autorinnen geplant, wurde nicht ausreichend Forschungsliteratur gefunden. Viele der identifizierten Interventionen werden ohne detaillierte Durchführungsbeschreibung genannt und sind daher in der pflegerischen Praxis nicht direkt umsetzbar. Zur Durchführung in der klinischen Praxis wäre zuerst eine detailliertere Ausarbeitung der aufgezeigten Interventionen durch die Pflegefachpersonen erforderlich. Eine weitere Limitation dieser Arbeit stellt dar, dass nur eine der in den Ergebnissteil integrierten Studien aus der Schweiz stammt (Burkhalter et al., 2015). Somit lassen sich die in den Studien beschriebenen Interventionen nur bedingt auf die Schweiz übertragen. Berücksichtigt werden muss auch, dass selbst innerhalb der Schweiz nicht in allen Institutionen die gleichen Ressourcen und Möglichkeiten vorhanden sind. Die in vielen Studien erwähnte Position der CED-Pflegefachperson kann aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen in den einzelnen Ländern nicht direkt in das Schweizerische Gesundheitssystem übertragen werden. Die Vergleichbarkeit wird dadurch limitiert. Zudem existiert keine klare Definition einer CED-Pflegefachperson. So haben CED-Pflegefachpersonen je nach Land unterschiedliche Ausbildungen und Kompetenzen.

Alle acht inkludierten Studien weisen das Evidenzlevel sechs auf, welches dem untersten Level der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) entspricht und somit auf evidenzbasierte Forschungsstudien hinweisen.

5 Praxistransfer

Abgeleitet von den Ergebnissen und der Diskussion werden im folgenden Kapitel die Implikationen für die klinische Praxis und Pflegeforschung in der Schweiz beschrieben. Dabei werden Umsetzungsvorschläge der gewonnenen Erkenntnisse und weiterführende Forschungsempfehlungen erläutert.

5.1 Implikationen für die Praxis

Burkhalter et al. (2015) erläutern die Notwendigkeit die Symptome bei CED-Betroffenen häufiger zu bewerten und die Intervalle der Nachuntersuchungen zu verkürzen. Für das Symptommanagement können in der Pflegepraxis Teile des Clinical Assessments angewendet werden. Besonders von Bedeutung ist dabei eine ausführliche Anamnese der Symptome anhand der sieben Charakteristika Lokalisation, Qualität, Quantität, verstärkende und lindernde Faktoren, zeitlicher Verlauf und die Erfragung der eigenen Erklärung der Betroffenen (Füessl, & Middeke, 2014). Die Symptomerfragung anhand dieser Charakteristika soll durch die zuständige Pflegefachperson beim stationären Eintritt durchgeführt werden, wodurch Symptome fokussiert behandelt und Betroffene individuell unterstützt werden können. Weiterführend erfolgen eine tägliche Symptomerfassung und eine Evaluation der Pflegeinterventionen. Die qualitativen Daten der vier befragten Gesundheitsfachpersonen aus der Schweiz in der Studie von Burkhalter et al. (2015) zeigen in den Bereichen Patientenedukation, Kommunikation und Inkontinenz unklare Zuteilungen der Verantwortung auf. Durch standardisierte Richtlinien in einer Institution können Verantwortlichkeiten wie beispielsweise von Ärztinnen oder Ärzten, Psychologinnen oder Psychologen, Ernährungsberaterinnen und Pflegefachpersonen definiert und dadurch der multidisziplinäre Austausch geregelt werden. Die Aufteilung der Verantwortungsbereiche kann als Vorteil genutzt werden, da personelle und zeitliche Ressourcen optimal genutzt werden können und das Fachwissen auf verschiedene Professionen verteilt ist.

In sieben der acht ausgewählten Studien dieser vorliegenden Literaturarbeit werden spezialisierte CED-Pflegefachpersonen erwähnt. Die einzige Studie, welche Pflegefachpersonen ohne spezielle Ausbildung im Fachbereich CED inkludierte, war die Studie aus der Schweiz von Burkhalter et al. (2015). Dies zeigt auf, dass die Definition einer CED-Pflegefachperson mit ihren Aufgabenbereichen in der Schweiz noch nicht etabliert ist. Für viele Pflegefachpersonen in Akutspitälern sind die Krankheitsbilder von

CED unbekannt oder werden laut Czuber-Dochan et al. (2014) falsch eingeschätzt, wobei der Mangel an Fachexpertise zum Ausdruck kommt. Daraus resultierende Implikation für die Praxis ist Schulungen der Pflegefachpersonen über die Krankheitsbilder der CED durchzuführen. Zusätzlich könnte dem Mangel an Fachexpertise entgegengewirkt werden, indem CED bereits in der schulischen Ausbildung der Pflegefachpersonen vermehrt thematisiert und eine spezifische Ausbildung zur CED-Pflegefachperson angeboten werden. Gemäss Burkhalter et al. (2015) kann die Betreuung in der Schweiz auch durch eine APN erfolgen.

Der multidisziplinäre Ansatz ist ein wichtiger Bestandteil für eine umfassende Versorgung von CED-Betroffenen (Burkhalter et al., 2015). Somit können personelle Ressourcen der einzelnen Professionen gezielt eingesetzt werden. Die unterschiedlichen Fähigkeiten der Professionsangehörigen ergänzen sich und dienen somit der Optimierung der Unterstützung von CED-Betroffenen (Amo et al., 2016). In ein multidisziplinäres Team in der klinischen Praxis der Schweiz sollten gemäss den Autorinnen der vorliegenden Arbeit optimalerweise CED-Pflegefachpersonen, Gastroenterologinnen und Gastroenterologen, Psychologinnen und Psychologen, sowie die Ernährungsberatung integriert werden. Die beiden erstgenannten besitzen Fachexpertise in Bezug auf die physischen Auswirkungen von CED. Psychologinnen und Psychologen bieten Unterstützung bei psychosozialen Belastungen, welche häufig durch die Erkrankung verursacht werden (Rogler, 2015). Die multidisziplinäre Zusammenarbeit macht die Pflegefachperson zur Schlüsselfunktion zwischen Patientinnen und Patienten und den beteiligten Professionen, da sie im stationären Setting die primäre Ansprechperson für Betroffene ist. Sich für die Rechte der CED-Betroffenen einzusetzen, Entscheidungsfindungen zu unterstützen und die Organisation sowie Administration sind wichtige Aufgaben der Pflegefachpersonen (Torrejón et al., 2013).

Spezialisierte CED-Abteilungen und ambulante Versorgungen sind in grossen Institutionen anzutreffen und werden zur optimalen Betreuung der Betroffenen empfohlen (Leach et al., 2014; Amo et al., 2016). Bisher besteht in der Schweiz die Möglichkeit von ambulanten Sprechstunden bei CED-spezialisierten Ärztinnen oder Ärzten. Ausserdem stehen stationäre Abteilungen für CED-Betroffene zur Verfügung, welche auf Magendarmerkrankungen spezialisiert sind (Vavricka, 2019).

Durch telefonische Beratung können CED-Betroffene bereits triagiert und teilweise ambulant behandelt werden, wobei stationäre Aufenthalte reduziert werden können

à Porta, Linda & Maurer, Melina

(Coenen et al., 2017; Leach et al., 2014). In der Schweiz bietet die SMCCV (2018) eine direkte Verbindung zu einer telefonischen Ernährungsberatung und Mailkontakt mit Ärztinnen oder Ärzten im Fachbereich CED. Die telefonischen Beratungsangebote in der Schweiz könnten noch weiter ausgebaut werden, indem mehr Kontaktstellen zur Verfügung gestellt werden würden.

Die Patientenedukation steht klar im Fokus und wird von den Autorinnen der vorliegenden Arbeit als wichtigste pflegerische Intervention in der Unterstützung von CED-Betroffenen erachtet. Informationen über die Erkrankung, deren erwarteten Verlauf, Therapiemöglichkeiten, Nebenwirkungen der Medikamente oder andere, durch die Betroffenen gewünschte Informationen sollen in unterschiedlichen Formen zur Verfügung stehen. Beispielsweise anhand von Informationsbroschüren, Internetplattformen, Telefonberatungen oder E-Mail-Kontakten (McDermott et al., 2018; O'Connor et al., 2014; Amo et al., 2016). Patientenedukation sollte durch Pflegefachpersonen bereits zu Beginn der Therapie und kontinuierlich erfolgen (McDermott et al., 2018). Die Edukation soll an die Patientinnen und Patienten sprachlich und bedürfnisorientiert angepasst sein. Daher empfehlen die Autorinnen dieser Arbeit, im Erstkontakt mit den Betroffenen deren Präferenzen in einem Gespräch zu erfassen. Anschliessend können gemeinsam Ziele und Massnahmen festgelegt werden. Für einen übersichtlichen Pflegeprozess wird die Planung zur Zielerreichung schriftlich und elektronisch dokumentiert. Die Edukation soll bereits im direkten Erstkontakt im stationären Setting erfolgen und wird nach dem stationären Aufenthalt weitergeführt. Dazu bedarf es an der Möglichkeit von E-Mail- oder Telefonkontakt. Neben den technischen Ressourcen wird dabei die fachliche Expertise der Pflegefachpersonen benötigt. Daher werden Weiterbildungen zum Thema CED für Pflegefachpersonen, die CED-Betroffene in der klinischen Praxis betreuen, empfohlen. Falls Edukation über das Internet erwünscht ist, sollten Pflegefachpersonen Betroffene über reliable und valide Internetseiten informieren. Beispielsweise bietet die Onlineplattform „Crohn Colitis Schweiz“ Informationen zu CED und Veranstaltungen zum Austausch mit anderen CED-Betroffenen. Die Onlineplattform kann als ergänzendes Instrument zur Patientenedukation oder zur Förderung des Selbstmanagements für CED-Betroffene in der klinischen Praxis durch Pflegefachpersonen verwendet werden.

Trotz den starken physischen Belastungen und Einschränkungen, die durch Diarrhoe, Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Bauchkrämpfen und weiteren Symptomen entstehen, sollen die psychosozialen Aspekte nicht ausser Acht gelassen

werden. Die pflegerische Unterstützung von CED-Betroffenen soll die gesamte Lebenssituation der Patientin oder des Patienten berücksichtigen, nicht nur die körperlichen Auswirkungen der Erkrankung (Rogler, 2015).

5.2 Implikationen für die Forschung

Da in der systematisierten Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit nur eine Studie aus der Schweiz gefunden wurde, wird die weitere Forschung in der Schweiz zu pflegerischen Interventionen bei CED-Betroffenen als wichtig erachtet. In der Studie von Leach et al. (2014) ist ersichtlich, welchen Einfluss eine spezialisierte CED-Pflegefachperson auf das Behandlungsergebnis im stationären Setting hat.

Anhand der bestehenden Fachliteratur konnten keine pflegerischen Interventionen mit konkreten Durchführungsanweisungen identifiziert werden, wie beispielsweise was die Pflegefachpersonen wann, womit und wie oft machen sollen. Daraus resultierend besteht der Bedarf an weiterer Pflegeforschung in der Schweiz mittels valider Studien zur konkreten Durchführung und Umsetzung von pflegerischen Interventionen.

6 Schlussfolgerung

Zur Zielsetzung der vorliegenden Arbeit gehört das Aufzeigen von pflegerischen Interventionen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit einer CED im stationären Setting. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Aufgabenbereich einer Pflegefachperson in der Betreuung von CED-Betroffenen aus vielseitigen Interventionen besteht. Da CED komplexe Krankheitsbilder darstellen, steht die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Ernährungsberatung, Stomaberatung, Sozialberatung und Spezialistinnen sowie Spezialisten der Gastroenterologie im Vordergrund. Dadurch kann die Situation der CED-Betroffenen ganzheitlich erfasst und auf deren individuellen Bedürfnisse eingegangen werden. Entscheidend dabei ist das Alter der Patientinnen und Patienten, was besonders den psychosozialen Aspekt betrifft (Rodeck et al., 2018). Je nach Lebenssituation sind andere Bedürfnisse mit unterschiedlicher Priorisierung von Bedeutung. Wichtig für die Pflegepraxis ist die Adhärenzförderung in Bezug auf die vereinbarten Therapiemaßnahmen, wodurch das Selbstmanagement und somit die Autonomie der Patientinnen und Patienten beeinflusst werden. Das entwickelte Verantwortungsbewusstsein trägt bei CED-Betroffenen zur Entscheidungsfähigkeit bezüglich Therapien oder Medikamenteneinnahmen bei.

Die Beantwortung der Forschungsfrage zeigt auf, wie wichtig die Rolle von spezialisierten Pflegefachpersonen ist. Der Schwerpunkt liegt auf der Patientenedukation, welche wiederum die Verstärkung des Selbstmanagements und eine verbesserte Adhärenz in Bezug auf die vereinbarte Therapie hat. Pflegerische Interventionen mit konkreten Durchführungsanweisungen wie beispielsweise was die Pflegefachpersonen wann, womit und wie oft machen sollen, konnten anhand der systematisierten Literaturrecherche nicht identifiziert werden. In der evidenzbasierten Forschungsliteratur, wie in der Studie von Amo et al. (2016), wird dargelegt, dass die Ausbildung einer spezialisierten CED-Pflegefachperson positive Auswirkungen auf die CED-Betroffenen, sowie auf die multidisziplinäre Zusammenarbeit hat.

Literaturverzeichnis

- Amo, L., González-Lama, Y., Suárez, C., Blázquez, I., Matallana, V., Calvo, M., de la Revilla, J., Vera, M. I., & Abreu, L. (2016). Impact of the incorporation of a nurse in an inflammatory bowel disease unit. *Gastroenterology & Hepatology*, 39, 318-323. doi:10.1016/j.gastre.2016.04.006
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Belling, R., Woods, L., & McLaren, S. (2008). Stakeholder perceptions of specialist inflammatory bowel disease nurses' role and personal attributes. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 67-73. doi:10.1111/j.1440-172X.2007.00661.x
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*.
Heruntergeladen von
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/suche.html#colitis%20ulcerosa> am
17.08.2018.
- Burkhalter, H., Stucki-Thür, P., David, B., Lorenz, S., Biotti, B., Rogler, G., & Pittet, V. (2015). Assessment of inflammatory bowel disease patient's needs and problems from a nursing perspective. *Digestion*, 91, 128-141. doi:10.1159/000371654
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Saint Louis: Elsevier.
- Calvet, X., Panés, J., Alfaro, N., Hinojosa, J., Sicilla, B., Gallego, M. et al. (2013). Delphi consensus statement: quality indicators for inflammatory Bowel Disease comprehensive Care Units. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 240-251. doi:10.1016/j.crohns.2013.10.010
- Cameron, C. A., & Sawatzky, J.-A. V. (2008). Postoperative Pain Management: The Challenges of the Patient With Crohn's Disease. *Medsurg Nursing*, 17, 85-91.
- Vavricka, S. (2019). *Neue Sprechstunde für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Claraspital*. Heruntergeladen von [neue-sprechstunde-fuer-chronisch-entzuendliche-darmerkrankungen-am-claraspital](#) am 27.04.19.

- Coenen, S., Weyts, E., Vermeire, S., Ferrante, M., Noman, M., Ballet, V., Vanheecht, K., & Van Assche, G. (2017). Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29, 646-650. doi:10.1097/MEG.0000000000000839
- Conley, S., Proctor, D.D., Jeon, S., Sandler, R.S., & Redker, N.S. (2017). Symptom clusters in adults with Inflammatory bowel disease. *Research Nursing Health*, 44, 424-434. doi:10.1002/nur.21813
- Conley, S., & Redeker, N. (2016). A Systematic Review of Self-Management Interventions for Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 48, 118-127. doi:10.1111/jnu.12189
- Czuber-Dochan, W., Norton, C., Bredin, F., Darvell, M., Nathan, I., & Terry, H. (2014). Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 835-844. doi:10.1016/j.crohns.2014.01.004
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12, 99-101. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b
- Duff, W., Haskey, N., Potter, G., Alcorn, J., Hunter, P., & Fowler, S. (2018). Non-pharmacological therapies for inflammatory bowel disease: Recommendations for self-care and physician guidance. *World Journal of Gastroenterology*, 24, 3055-3070. doi:10.3748/wjg.v24.i28.3055
- Farrag, K., Ulrich-Rückert, S., & Hagedorn, O. (2018). Morbus Crohn & Colitis ulcerosa. *ProCare*, 23, 21. Vienna: Springer. doi:10.1007/s00735-018-0910-9
- Füessl, H. S., & Middeke, M. (2014). *Anamnese und Klinische Untersuchung. 5. Auflage*. Stuttgart: Thieme.
- Hammer, T., Nielsen, K. R., Munkholm, P., Burisch, J., & Lynge, E. (2016). The Faroese IBD Study: Incidence of Inflammatory Bowel Diseases Across 54 Years of Population-based Data. *Journal of Crohn's and Colitis*, 10, 934–942. doi:https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw050

- Hardt, J., Muche-Borowski, C., Conrad, S., Balzer, K., Bokemeyer, B., & Raspe, H. (2010). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen als multifokale Erkrankungen: körperliche und psychosoziale Probleme von Patienten mit CED. Ergebnisse eines Fragebogen-Surveys. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 48, 381-391. doi:10.1055/s-0028-1109524
- International Council of Nurses. (2002). *Nursing Definitions*. Heruntergeladen von <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> am 12.03.19.
- Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D., & Menche, N. (Hrsg.) (2014). *Pflege Heute*. 6. Auflage. München: Elsevier.
- Leach, P., De Silva, M., Mountifield, R., Edwards, S., Chitti, L., Fraser, R. J. L., & Bampton, P. (2014). The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 370-374. doi: 10.1016/j.crohns.2013.09.018
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- McDermott, E., Healy, G., Mullen, G., Keegan, D., Byrne, K., Guerandel, A., Forry, M., Moloney, J., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2018). Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12, 419-424. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx175
- M'Koma, A. E. (2013). Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem. *Clinical Medicine Insights. Gastroenterology*, 6, 33–47. doi:10.4137/CGast.S12731
- Moser, G. (2011). Morbus Crohn und Psychosomatik. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*, 9, 14-17.
- O'Connor, M., Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., & Van der Woude, C. J. (2014). N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 1300-1307. doi:10.1016/j.crohns.2014.03.012

- Pittet, V., Juillerat, P., Mottet, C., Felley, C., Ballabeni, P., Burnand, B., Michetti, P., & Vader, J.P. (2009). Cohort Profile: The Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS). *International Journal of Epidemiology*, 38, 922-931.
doi:10.1093/ije/dyn180
- Rettke, H., Staudacher, D., Schmid-Büchi, S., Habermann, I., Spirig, R., & Rogler, G. (2013). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Erleben von Krankheit. Therapie und Betreuung. *Pflege*, 26, 109-118. doi:10.1024/1012-5302/a000275
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rodeck, B., Siegmund, B., & Hartmann, F. (2018). *Transition bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Heruntergeladen von https://www.gastro-liga.de/fileadmin/download/Transition_bei_CED_184-04-18.pdf am 12.04.2019.
- Rogler, G. (2015). *Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie – Forschung*. Heruntergeladen von <http://www.gastroenterologie.usz.ch/forschung/klinischeforschungstudien/seiten/sibdcs.aspx> am 15.12.18.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & Mc Cormack, B. (2004). Nursing and healthcare management and policy: What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 81–90.
- Schmülling, L. (2018). *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa*. Heruntergeladen von <https://www.springerpflege.de/darmerkrankungen/morbus-crohn/morbus-crohn-colitis-ulcerosa/15577710> am 09.04.19.
- Schweizerischer Berufsverband von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2016). *Wer ist berechtigt, welchen Titel zu tragen?* Heruntergeladen von https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/Aktuell/docs/2016/2016_05_Merkblatt_Pff_d.pdf am 11.11.2018.

- Schweizerische Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung (2018). *Was sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)?* Heruntergeladen von <https://www.smccv.ch/krankheit/krankheitsbild/chronisch-entzuendliche-darmerkrankungen/> am 10.09.2018.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. München: Juventa.
- Swiss IBD Cohort Study. (2015). *Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa*. Heruntergeladen von <http://www.ibdcohort.ch/index.php/erkrankung.html> am 17.08.2018.
- Torrejón, A., Oltra, L., Hernández-Sampelayo, P., Marín, L., García-Sánchez, V., Casellas, F., Alfaro, N., Lázaro, P., & Vera, M. I. (2013). Development of quality standards in inflammatory bowel disease management and design of an evaluation tool of nursing care. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 105, 262-271.
doi:1130-0108/2013/105/5/262-271
- Van Langenberg, D.R., & Gibson, P.R. (2010). Systematic review: Fatigue in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 32, 131–143.
doi:10.1111/j. 1365-2036. 2010.04347.x
- VKL, Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Oktober 2008 (Stand am 1. Januar 2009). *Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung*. Heruntergeladen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20021333/index.html#fn1> am 26.04.19.
- ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur. (2018). *Datenbanken für den Fachbereich Gesundheit*. Heruntergeladen von <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/fachdatenbanken-gesundheit/> am 10.11.2018.
- ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur. (2018). *Fachdatenbanken Psychologie*. Heruntergeladen von <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-psychologie/fachdatenbanken-psychologie/> am 10.11.2018.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Deutsche und englische Keywords, MeSH-Terms und Subjectheadings.....	7
Tabelle 2. Verwendung der Bool'schen Operatoren	8
Tabelle 3. Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche	8
Tabelle 4. Übersicht der eingeschlossenen Studien	13
Tabelle 5. Suchprotokoll der Literaturrecherche	XV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Evidence-based Nursing Modell (Rycroft-Malone et al., 2004).	4
Abbildung 2. Graphische Darstellung der Literaturrecherche.	10
Abbildung 3. 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009).	XLIX

Wortzahl

Abstract: 193

Bachelorarbeit (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhang): 11'479

Danksagung

Einen grossen Dank richten wir an Frau Dr. Uta Grosse für die umfangreiche Unterstützung und motivierende Betreuung während unserem Arbeitsprozess. Dadurch konnten nicht nur die vorliegende Arbeit erstellt, sondern auch wichtige Erkenntnisse und einen grossen Lernfortschritt für uns persönlich erzielt werden.

Weiter bedanken wir uns bei Frau Madlaina Bai, Frau Tanja Bachmann und Frau Catherine Egi für das Korrekturlesen und ihr wertvolles Feedback. Wir wollen ausserdem unseren Familien und Freunden für die Ermutigungen, den Beistand und die Geduld während der ganzen Zeitspanne der Bachelorarbeit ein grosses Dankeschön aussprechen.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Winterthur, 3. Mai 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. à Porta'.

Linda à Porta

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Maurer'.

Melina Maurer

Anhänge

Anhang A – Suchprotokoll

Tabelle 5

Suchprotokoll der Literaturrecherche.

Datum	Datenbank	Suchbegriffe mit Suchoptionen	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND „nurs* intervention“.af.	1	0	
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND „nurs* care“.af. (MH „Hospitals“) AND patient*.af.	0		Zu spezifisch
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND „acute care“.af.	0		„acute care“ ist evtl. zu wenig geläufig als Begriff
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND nurs*.af. AND intervention*	3	2	
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND „acute setting“.af.	0		„acute setting“ ist evtl. ein zu wenig geläufiger Begriff
05.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND „nurs* care“.af. AND „acute care“.af.	0		Zu spezifisch
05.12.18	CINAHL	„ulcerative colitis“.af. AND „nurs* intervention“.af.	0		
05.12.18	CINAHL	„colitis ulcerosa“.af. OR colitis ulcerosa.af.	0		wenig Literatur zum Thema?
05.12.18	CINAHL	„morbus crohn“.af. OR morbus crohn.af.	0		wenig Literatur zum Thema?
05.12.18	CINAHL	„crohns disease“.af. OR crohns disease.af.	183	5	
05.12.18	CINAHL	(MH „Inflammatory Bowel Diseases“) AND nurs*.af.	19	7	4 davon bereits in vorherigen Suchschritten enthalten
05.12.18	CINAHL	(MH „Nurses“) AND (MH „Inflammatory Bowel Diseases“)	4	2	Beide bereits vorgekommen

Datum	Datenbank	Suchbegriffe mit Suchoptionen	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
05.12.18	CINAHL	(MH „Nursing Interventions“) AND inflammatory bowel disease.af.	0		
05.12.18	PubMed	„inflammatory bowel disease“.af. AND „nurs* intervention*“.af.	195	21	
05.12.18	PubMed	„inflammatory bowel disease“.af. AND nurs*.af. AND intervention*.af.	50	10	2 davon neue
05.12.18	PubMed	„inflammatory bowel disease“.af. AND nurs*.af. AND intervention*.af. AND hospital.af.	22		Keine neuen relevanten Treffer dabei
05.12.18	PubMed	„ulcerative colitis“.af. AND nurs*.af. „acute care“.af. AND intervention*.af. AND patient*.af.	0		Zu spezifisch
05.12.18	PubMed	„ulcerative colitis“.af. AND nurs*.af. „acute care“.af. AND intervention*.af.	0		Zu spezifisch
05.12.18	PubMed	„ulcerative colitis“.af. AND „nurs* intervention*“.af. AND hospital.af.	82		Keine neuen relevanten Treffer dabei
05.12.18	PubMed	„ulcerative colitis“.af. AND „nurs* care“.af.	0		
05.12.18	PubMed	Inflammatory Bowel Diseases/ AND Nurses/	13	5	Alle bereits in anderem Suchschritt enthalten
05.12.18	PubMed	Hospitals/ AND Inflammatory Bowel Diseases/ AND nurs*.af.	11	4	Alle bereits in anderem Suchschritt enthalten
05.12.18	PubMed	Nursing Interventions/ AND Inflammatory Bowel Diseases/	0		
07.12.18	CINAHL	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND support.af.	4	1	Bereits in einem anderen Suchschritt vorhanden

Datum	Datenbank	Suchbegriffe mit Suchoptionen	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
07.12.18	PubMed	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND support.af.	150	25	Davon 23 bereits in einem anderen Suchschritt enthalten
07.12.18	CINAHL	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND (acute setting.af. OR hospital.af. OR acute hospital.af.)	5	3	Bereits in einem anderen Suchschritt vorhanden
07.12.18	PubMed	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND „acute setting“.af.	0		
07.12.18	PubMed	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND (acute setting.af. OR hospital.af. OR acute hospital.af.)	168		Keine neue relevante Studie
07.12.18	CINAHL	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND (support.af. OR intervention.af.)	5	1	Bereits in einem anderen Suchschritt vorhanden
07.12.18	PubMed	nurs*.af. AND (IBD.af. OR „inflammatory bowel disease“.af.) AND (support.af. OR intervention.af.)	244		Keine neuen relevanten Studien
16.12.18	CINAHL	IBD.af. AND nurs*.af.	12	5	1 relevant, 4 ausgeschlossen nach Kriterien
16.12.18	PubMed	IBD.af. AND nurs*.af.	181	25	12 bereits in anderem Suchschritt enthalten
18.12.18	CINAHL	„inflammatory bowel disease“.af. AND nurs*.af.	15	3	Bereits in anderem Suchschritt enthalten
18.12.18	CINAHL	morubs crohn.af. AND nurs*.af.	0		
18.12.18	CINAHL	morbus crohn.af. AND patient*.af.	0		
18.12.18	CINAHL	morbus crohn.af.	0		Begriff nicht geläufig? → eher „crohns disease“ verwenden.

Datum	Datenbank	Suchbegriffe mit Suchoptionen	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
18.12.18	CINAHL	colitis ulcerosa.af. AND nurs*.af.	0		
18.12.18	CINAHL	ulcerative colitis.af. AND nurs*.af.	9	3	Gleiche wie in anderem Suchschritt
18.12.18	PubMed	„inflammatory bowel disease“.af. AND nurs*.af.	273		15 neue relevante Studien
19.12.18	PubMed	morbus crohn.af. AND nurs*.af.	149		1 neue relevante Studie
19.12.18	PubMed	colitis ulcerosa.af. AND nurs*.af.	167		Keine neuen Studien
19.12.18	PubMed	ulcerative colitis.af. AND nurs*.af.	166		Keine neuen relevanten Studien
19.12.18	PubMed	nurs*.af. AND crohn's disease.af.	206		5 neue relevante Studien
20.12.18	Journal of Crohn's and Colitis	nurs* AND „inflammatory bowel disease“	108		1 neue relevante Studie
20.12.18	Journal of Crohn's and Colitis	IBD AND nurs* intervention*	0		
20.12.18	Journal of Crohn's and Colitis	IBD AND nursing intervention*	27		Keine neuen Studien
20.12.18	Journal of Crohn's and Colitis	nursing intervention*	27		Gleiche Ergebnisse wie vorheriger Suchschritt
20.12.18	Journal of Crohn's and Colitis	nurs*	111		Keine neuen relevanten Studien

Anhang B – AICA's

Zusammenfassung der Studie: Amo, L., González-Lama, Y., Suárez, C., Blázquez, I., Matallana, V., Calvo, M., De la Revilla, J., Vera, M. I., & Abreu, L. (2016). Impact of the incorporation of a nurse in an inflammatory bowel disease unit. *Gastroenterology & Hepatology*, 39, 318-323. doi:10.1016/j.gastre.2016.04.006

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem und Begründung Forschungsbedarf: Grosser Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familie durch CED. Notwendigkeit von spezialisierten, multidisziplinären Einheiten aufgrund wachsender Komplexität des therapeutischen Ansatzes und zunehmender Inzidenz sowie Prävalenz von CED in Spanien. Unklar, ob der Einbezug einer Pflegefachperson in das Team eine kostensparende Massnahme ist und das Behandlungsniveau verbessert.</p> <p>Forschungsfrage/-ziel: Auswertung der wirtschaftlichen, gesundheitsversorgungs- und forschungsbezogenen Auswirkungen der Aufnahme einer spezialisierten Pflegefachperson auf der CED-Abteilung eines Universitätsspitals.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Spezialisierte CED-Pflegefachperson sollten eine entscheidende Rolle bei der Behandlung von CED-Betroffenen spielen, da ihre Fähigkeiten, diejenigen von anderen Fachkräften ergänzen und die allgemeine Betreuung verbessern. CED-Betroffene benötigen einen einfachen, schnellen Zugang zu medizinischem Fachpersonal, um das Risiko einer Verschlimmerung der Symptome und Krankheit sowie berufliche Probleme, soziale Isolation und emotionale Überlastung zu vermeiden.</p>	<p>Design und Begründung: Quantitative Studie. Prospektive Datenerhebung. Keine Begründung.</p> <p>Population und Stichprobe: Patientinnen und Patienten mit CED, die zwischen März 2010 und Dezember 2014 im Universitätsspital Puerta de Hierro Majadahonda mit der CED-Abteilung in Kontakt waren. n=1'558. Keine Randomisierung. Keine verschiedenen Studiengruppen.</p> <p>Datenerhebung: Prospektive Erhebung der Tätigkeiten der CED-Pflegefachperson zwischen März 2010 und Dezember 2014. Genaue Durchführung nicht ersichtlich. Kostenanalyse basiert auf öffentlichen Preisen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die im September 2013 in Madrid veröffentlicht wurden.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Kommunikation mit der Abteilung via Telefon oder E-Mail. Administrationsteam beantwortet Telefonate und stellt Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, die die Abteilung persönlich besuchen, fest und leitet diese Nachrichten an die Pflegefachperson weiter. E-Mails werden von der Pflegefachperson direkt verwaltet. Einteilung der Interventionen anhand ihrer Auswirkungen in vier Gruppen: - "abgewandte Konsultation" - "verwiesene Konsultation" - "abgewandter Notfall" - "verwiesener Notfall"</p> <p>Die Pflegefachperson hilft in weiteren fünf CED-Kliniken bei Bedarf aus.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Tätigkeiten der Pflegefachperson, Einteilung in die vier Gruppen. Proportional: Anzahl Patientinnen und Patienten</p> <p>Statistische Verfahren: Validierung von nicht-quantifizierbaren Tätigkeiten nach Qualitätsstandards. Zählung der Häufigkeiten bei quantifizierbaren Tätigkeiten. Keine statistischen Tests und Signifikanzniveau erwähnt.</p> <p>Ethische Fragen: Keine Angaben. Unklar, ob die Betroffenen über die Studie informiert wurden.</p>	<p>Ergebnisse: Nachfrage der Betreuung und Zahl, der auf der Abteilung gesehenen Patientinnen und Patienten stetig zunehmend. Anzahl Patientinnen und Patienten im Zeitraum der Studie: 1'558. Davon 885 neue. 5'293 E-Mails und 678 Telefonate (zunehmend innerhalb Studienzeitraum), was schätzungsweise 3'504 persönliche Konsultationen, 852 Aufnahmen auf der Notfallstation und 426'672 Euro Kosten einsparte. Weitere Aktivitäten: Überwachung von Behandlungen (8'371 Labortests inkl. 342 Blutentnahmen), Leitung/Nachbetreuung von 1'047 Fällen (diagnostische Tests, Koordination Konsultationen, Überprüfung Impfstatus und Stuhlkulturen), Edukation über Gesundheit und im Selbstmanagement von Medikamenten bei 114 Patientinnen und Patienten, Teilnahme an 25 Forschungsprojekten, 23 Konferenzen. 492 Nachversorgungen. Vermittlung zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Betroffenen, Überwachung von Adhärenz und Krankheitsfortschritt. Alle nicht-quantifizierbaren Tätigkeiten wurden unter „hohe Qualität“ eingestuft.</p> <p>Verständlichkeit der Ergebnisse: Gut verständlich, in Textform und zusätzlich beziehungsweise ergänzend tabellarisch dargestellt.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Einige Betroffene ziehen das Telefon dem Internet (E-Mail) vor, da es ihnen durch den physischen Kontakt mit einer anderen Person mehr Sicherheit bietet. Kosteneinsparungen aufgrund der verminderten Konsultationen und Aufnahmen auf der Notfallstation, wodurch auch Zeit und Personal gespart werden konnte.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Die Pflegefachperson ermöglichte die Durchführung zahlreicher Projekte, die ohne sie nie möglich gewesen wären. Spezialisierte Pflegefachpersonen helfen den Betroffenen ihre Krankheit zu verstehen, sind Bindeglied zwischen den verschiedenen Fachkräften, bieten nötige Ergänzungen und Verbesserungen zur Versorgung, optimieren Ressourcen und Kosten.</p> <p>Limitationen: Forschungspotenzial der Pflegefachpersonen in anderen Institutionen ist schwer beurteilbar (geringe Übertragbarkeit).</p> <p>Vergleich mit Literatur: Betreuung durch CED-Abteilungen hat sich gemäss Betroffenen verbessert. Dies ist im Wesentlichen aufgrund von Bereitstellung von Konsultationen per Telefon oder E-Mail. Zahlreiche Studien zeigten die positive Auswirkung einer CED-Pflegefachperson und wenn ihre Aufgaben klar in einer Richtlinie definiert sind, wird die Betreuung und Zufriedenheit der Betroffenen enorm verbessert. Die Vorteile der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Versorgung von chronisch kranken Menschen wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Eingliederung einer spezialisierten Pflegefachperson hatte erhebliche wirtschaftliche, gesundheitliche und forschungsbezogene Vorteile.</p>

Würdigung der Studie: Amo, L., González-Lama, Y., Suárez, C., Blázquez, I., Matallana, V., Calvo, M., De la Revilla, J., Vera, M. I., & Abreu, L. (2016). Impact of the incorporation of a nurse in an inflammatory bowel disease unit. *Gastroenterology & Hepatology*, 39, 318-323. doi:10.1016/j.gastre.2016.04.006

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Ziele sind klar definiert. Vermutungen bezüglich Ergebnisse und ihren Vorteilen werden erwähnt. Die Studie beantwortet einen wichtigen Teil der Fragestellung der Bachelorarbeit, nämlich die Auswirkung einer Pflegefachperson auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit CED. Darüber hinaus werden die dazu von den Pflegefachpersonen ausgeführten Interventionen in der Studie beschrieben.</p> <p>Bezugsrahmen: Das Thema wird im Kontext anhand von vorhandener Literatur logisch und prägnant dargestellt.</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem gewählten Design und der Forschungsfrage/-ziel ist gut nachvollziehbar und logisch, wird von den Autorinnen und Autoren jedoch nicht erwähnt und begründet. Aussagen bezüglich interner Validität werden nicht gemacht, auf externe Validität wird im Diskussionsteil eingegangen (Generalisierung der Ergebnisse). Es wird jedoch klar beschrieben, dass mit der Studie die Situation in dieser Institution untersucht werden will, Absichten auf Übertragbarkeit stehen nicht im Vordergrund.</p> <p>Stichprobe: Ziehung ist angebracht und repräsentativ für die Zielpopulation. Für eine Generalisierung der Ergebnisse hätte die Studie jedoch noch in anderen Institutionen durchgeführt werden müssen. Die Grösse ist zufällig entstanden und wird nicht begründet, ist für eine quantitative Studie angemessen. Drop-Outs werden keine beschrieben. Keine Vergleichsgruppen.</p> <p>Datenerhebung: Ist nachvollziehbar, bis auf die Auswertung der Einschätzung der Qualität der nicht-quantifizierbaren Tätigkeiten (unklar, welche verschiedenen Level es gibt). Die Methode ist bei allen Teilnehmenden gleich. Die Daten sind komplett, beziehungsweise wird nichts erwähnt, dass sie nicht von allen Betroffenen erhoben wurden.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Messinstrumente werden nicht vollständig beschrieben (Beurteilung der Pflegequalität). Interventionen sind klar beschrieben, können jederzeit wiederholt werden. Einschätzung der Auswirkungen auf die Forschung können nicht nachvollzogen werden. Messverfahren ist reliabel und replizierbar, bis auf Beurteilung der Qualität und Forschungsprofit, dort besteht ein Restrisiko der individuellen Einschätzung. Validität: Es wird das gemessen, was gemessen werden sollte. Mögliche Einflüsse und Verzerrungen auf die Interventionen werden nicht erwähnt. Übertragbarkeit auf andere Settings nur bedingt möglich.</p> <p>Datenanalyse: Verfahren der Datenanalyse werden genau beschrieben, einzig die Einschätzung der Levels der Pflegequalität nicht. Verfahren sinnvoll. Die statistischen Auswertungen sind entsprechend des Datenniveaus der Variablen (Häufigkeitszählung bei Nominalniveau) und erlauben eine Beurteilung. Höhe des Signifikanzniveau wurde nicht festgelegt.</p> <p>Ethik: Keine Angaben. Unklar, ob die Patientinnen und Patienten über die Studie informiert wurden.</p>	<p>Ergebnisse werden genau aufgelistet und beschrieben. Grafik 4 ist unvollständig beschriftet. Die anderen Grafiken und Tabellen sind vollständig und ergänzend zum Text.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Ergebnisse werden vollständig diskutiert. Interpretation und Resultate stimmen überein. Ergebnisse werden in Bezug auf die Fragestellung und anhand von anderer Literatur diskutiert und verglichen. Interessenskonflikte der Autorinnen und Autoren werden ausgeschlossen.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Studie ist sinnvoll, um Tätigkeiten der CED-Pflegefachpersonen und deren Auswirkungen zu erfassen. Gut für die Berufsentwicklung, Forschung und Verbesserung ökonomischer Aspekte sowie der Betreuung von Betroffenen. Allerdings ist nicht klar, ob die Ergebnisse bei einer Pflegefachperson mit Spezialisierung auf diesem Gebiet anders ausfallen als bei einer Pflegefachperson ohne Spezialisierung. Limitationen werden kaum diskutiert. Interventionen sind von Pflegefachpersonen in der Praxis umsetzbar, vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen erlauben dies ebenfalls (Kompetenzen, Erlaubnis durch Arbeitgebende, Infrastruktur vorhanden, ...). Sind diese Rahmenbedingungen gegeben, ist die Studie in einem anderen klinischen Setting wiederholbar, bis auf die Auswertung des Forschungsprofits und Einteilung der Pflegequalität anhand eines Levels.</p>

Güte/ Evidenzlage:

- Objektivität:** Standardisierung der Testsituation, bis auf bestehendes Risiko, das die Interaktion zwischen Teilnehmenden und forschender Person mit sich bringt. Soziale Interaktion wurde nicht geringgehalten. Auswertung der Daten erfolgte überall gleich, es wurden Qualitätskriterien verwendet bei nicht-quantifizierbaren Tätigkeiten. Wo möglich erfolgte eine Quantifizierung der Ergebnisse. Objektivität bei der Zuteilung der Pflegequalität zu einem Level ist nicht beurteilbar.
- mittel bis hoch
- Reliabilität:** Wiederholung der Studie durch andere Forschende ist nicht bedingungslos möglich, aufgrund sozialer Interaktion und nötigen Rahmenbedingungen. Replizierbarkeit der Ergebnisse somit auch nur bedingt möglich. Zuverlässigkeit der Messungen kaum beurteilbar. Hohe Nachvollziehbarkeit. Methode ist genau beschrieben, Interventionen und Qualitätskriterien sind aufgeführt. Passende Auswertung der Ergebnisse in Bezug auf das Datenniveau der Variablen.
- mittel bis hoch
- Validität:** Es werden die Daten erhoben, die erhoben werden müssen. Störgrößen werden nicht erwähnt, z.B. Performancebias, Confounder. Patientinnen und Patienten werden alle von der gleichen Pflegefachperson betreut, jedoch kann sich diese auch dann noch unterschiedlich verhalten. Generalisierung der Ergebnisse nur bedingt möglich. Methodik passend zur Fragestellung.
- mittel
- Evidenzlage:** Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie, qualitativer Teil: Burkhalter, H., Stucki-Thür, P., David, B., Lorenz, S., Biotti, B., Rogler, G., & Pittet, V. (2015). Assessment of Inflammatory Bowel disease Patient's Needs and Problems from a Nursing Perspective. *Digestion*, 91, 128-141. doi:10.1159/000371654

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/Phänomen: Nichtvorhandensein von klarer Struktur der Pflege von Menschen mit CED. Mangelnde Möglichkeiten für eine weiterführende ambulante Behandlung.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Evaluation der derzeitigen Umsetzung der Konsenserklärung der N-ECCO in der Praxis.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Belastende Symptome von CED haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen, sowie auf die Arbeitsproduktivität, soziale Isolation und Depression. Verbesserung der Lebensqualität durch Informationen und Aufklärung, zur Verbesserung der Edukation und Förderung von Adhärenz.</p> <p>Hypothese: Optimierung der Qualität und Strukturierung des Gesundheitswesens durch Edukation und Weiterbildungen führen zu besseren Resultaten in der Pflegepraxis mit CED-Betroffenen.</p> <p>Begründung</p> <p>Forschungsbedarf: Fehlende Instrumente zur Beurteilung des Bedarfs von CED-Betroffenen und keine Pflegekontinuitätsstruktur für die Regulation ambulanter Nachsorge.</p>	<p>Design und Begründung: Mixed-Methods Studie. Qualitative Methoden, um die Relevanz und derzeitige Praxisanwendung von CED zu untersuchen.</p> <p>Population und Stichprobe: Vier verschiedene CED-Fachpersonen (ein Arzt oder eine Ärztin, eine Clinical Nurse, eine Pflegeleitung und ein Pflegestudierende), welche mehr als einmal in der Woche im USZ arbeiten.</p> <p>Datenerhebung: Strukturierte Interviews zwischen August und Oktober 2013. Als Grundlage wurden die Elemente N-ECCO-Konsenserklärung verwendet, welche tabellarisch in Handlungen von pflegerischen Grundlagen und erweiterten Pflegeinterventionen eingeteilt wurden. Die Fachpersonen erhielten die Aufgabe, die Elemente der Konsenserklärung nach Pflegerelevanz und derzeitige Anwendung einzustufen und Empfehlungen abzugeben. Ergänzend wurden die Fachpersonen nach den drei Hauptprioritäten für die derzeitige und zukunftsorientierte CED-Pflege im USZ befragt. Die interviewten Fachpersonen konnten die Interventionen nach Relevanz einschätzen und Punkte vergeben (1=relevant, 0.5= teilweise relevant, 0=irrelevant). Für die Fachpersonen bestand jeweils die Möglichkeit zu jeder Kategorie ergänzende Kommentare abzugeben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Qualitativ-deskriptive Analyse wurde verwendet, um eine Erhebung der Daten ohne Interpretationen gewährleisten zu können. Zur Überprüfung der Datenkorrektheit wurde für das Interview ein Computer verwendet und die Kommentare zeitnah wortwörtlich dokumentiert.</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden von einer anderen Forschenden analysiert, als das Interview geführt wurde.</p> <p>Ethische Fragen: Genehmigung der lokalen Ethikkommission.</p>	<p>Ergebnisse: Diskrepanz zwischen eingestufte Relevanz und derzeitiger Anwendung in der Pflegepraxis. Pflegerische Grundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basiswissen über CED: unklare Verantwortung der Patientenedukation - Bewusstsein zusätzlicher physischen Belastung: kein standardisiertes Assessmentinstrument - Verteidigung der CED-Betroffenen: Betroffene werden ermutigt, sich selbst einzusetzen - Kommunikation: unklare Verantwortung der Hauptkommunikation - Pflege von Fisteln: Miteinbezug der Stomapflege - Ernährung: Einbezug der Ernährungsberatung - Inkontinenz: unklarer Verantwortungsbereich - Sexualität: absolutes Tabuthema - Fatigue: wird oft nicht erfasst, ausser tiefe Laborwerte - Schmerzmanagement: nur nach Verschreibung der Ärztinnen und Ärzte <p>Erweiterte pflegerische Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbständige Expertinnen und Experten: Keine Advanced IBD Nurse, nur CED-Pflege - Forschung, Leitung und Prozessüberprüfung: zukünftig Aufgabe der APN. - Multidisziplinäres Team und Fachexpertisen: keine erhobenen Daten - Befähigung/ Edukation der CED-Betroffenen: keine klare Verantwortungsstruktur - Schwangerschaft: Bedarf an Unterstützung und Guidelines - Jugendliche CED-Betroffene: Bedarf von standardisierten Guidelines - Richtlinien, Assessment und Überweisung: Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte - Beratungstelefon: Unsicherheit bei CED-Betroffenen - Qualitätssicherstellung: elektronische Dokumentation <p>Verständlichkeit der Ergebnisse: Gut nachvollziehbar, ausführlich beschrieben.</p>	<p>Interpretation Ergebnisse: Die Hauptergebnisse spiegeln die mangelhaft strukturierte Praxis der Pflegeaufgaben wie Assessment und Überwachung der Interventionen bei CED-Betroffenen. Es wird empfohlen CED-Betroffene mit individuellen Plänen, statt standardisierten zu behandeln, APN und psychosoziale Faktoren wie Stressbewältigung, psychische Belastungen und Erschöpfung einzubeziehen. Das Gesundheitssystem in der Schweiz weist auf einen grossen Bedarf einer APN hin. Einzelne pflegerische Grundlagen werden von spezifischen Fachbereichen wie Stomapflege oder Ernährungsberatung übernommen. Die Mehrheit der erweiterten pflegerischen Aufgaben des N-ECCO-Konsenserklärung sind in der Schweiz Bestandteil der ärztlichen Verantwortung, welche teilweise zukünftig der APN zugeschrieben werden könnten.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Die N-ECCO-Konsenserklärung wird als relevant eingestuft, jedoch nicht vollständig umsetzbar in das Gesundheitssystem der Schweiz. Entwicklung der APN wünschenswert.</p> <p>Limitationen: Befragung von nur vier Fachpersonen eines Spitals.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Momentan grosse Diskrepanz zwischen Bewertung der Relevanz und der tatsächlichen Praxisumsetzung. Durch die Anwendung von N-ECCO-Konsenserklärung können Richtlinien anhand von Bedürfnissen entwickelt, Verantwortlichkeiten von Ärztin oder Arzt und Pflege definiert und multidisziplinärer Austausch geregelt werden. Vorgeschlagen wird ein CED-spezialisiertes Zentrum mit geeigneten Räumlichkeiten und ausgebildetem Pflegefachpersonal mit genügend Zeitressourcen, ein Beratungstelefon, strukturierte Edukation und Unterstützung von CED-Betroffenen, multidisziplinäre Fallbesprechungen und Funktionseinstellung einer APN für die CED-Prozesskoordination.</p>

Würdigung der Studie, qualitativer Teil: Burkhalter, H., Stucki-Thür, P., David, B., Lorenz, S., Biotti, B., Rogler, G., & Pittet, V. (2015). Assessment of Inflammatory Bowel disease Patient's Needs and Problems from a Nursing Perspective. *Digestion*, 91, 128-141. doi:10.1159/000371654

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Die Forschungsfrage stellt durch die Evaluation der N-ECCO-Konsenserklärung eine Qualitätssicherung dar. Die Pflegerelevanz wird begründet und aufgezeigt. Mit vorhandener Literatur wird in das Thema eingeführt und das daraus entstandene Forschungsziel erläutert. Auf die Signifikanz der Arbeit wird nicht weiter eingegangen.</p> <p>Bezugsrahmen: Die Forschenden nehmen Bezug auf frühere Studien.</p>	<p>Design: Das deskriptive Design ist zur Forschungsfrage des qualitativen Teils passend gewählt. Grundsätzlich entspricht die ganze Mixed-Methods Studie nicht der eigentlichen Definition.</p> <p>Stichprobe: Die Auswahl der befragten Fachpersonen wurde nicht beschrieben, Stichprobengrösse wird nicht begründet, für qualitativ jedoch angemessen. Das Setting und die Teilnehmenden wurden kurz beschrieben. Da unterschiedliche Fachpersonen ausgewählt wurden, konnten unterschiedliche Daten von Sichtweisen und Expertisen erhoben werden. Unklar ob die N-ECCO-Konsenserklärung den Fachpersonen im Vorfeld bereits bekannt war.</p> <p>Datenerhebung: Einschätzung, Wissen und Meinungen der Fachpersonen wurden erhoben, wobei es um menschliches Erleben geht. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist detailliert dargestellt. Auf die Datensättigung wird nicht eingegangen. Die Selbstbestimmung der interviewten Fachpersonen wurde durch die ergänzenden Kommentare ermöglicht und im Computer zeitnah dokumentiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Design überein, kann jedoch durch die geringe Anzahl der Probandinnen und Probanden nicht verallgemeinert werden. Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenerhebung wurde transparent anhand von Tabellen illustriert und die analytischen Schritte klar beschrieben. Die Analyse fand zur Qualitätssicherung durch eine Zweitperson statt.</p> <p>Ethik: Verfahren wurde von der Ethikkommission genehmigt. Keine ethischen Konflikte.</p>	<p>Die Antworten sind ausführlich beschrieben und deklariert. Die Ergebnisse demonstrieren die „sensitivity to meaning and context“. Die Kategorien sind klar ersichtlich und dargestellt. Unklar von welcher Profession die Kommentare stammen. Zitate zur empirischen Verankerung. Kategorisierung der Ergebnisse. Aufteilung in pflegerische Grundlagen und erweiterte pflegerische Aufgaben. Nach der Relevanzeinschätzung der Konsenserklärungselemente wurden die Prioritäten und Empfehlungen der Fachpersonen tabellarisch dargestellt.</p>	<p>Diskussion und Interpretation</p> <p>Ergebnisse: Die Interpretation erfolgt strukturiert und ausführlich, die pflegerische Relevanz wird dargestellt. Die Forschungsfrage kann durch die Ergebnisse mit gewissen Limitationen beantwortet werden. Die Ergebnisse werden mit weiterer Literatur diskutiert und auf die Bedeutung für die Pflege eingegangen.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Weiterer Forschungsbedarf wird diskutiert und Limitationen kritisch deklariert. Der Praxistransfer wird hergestellt und weitere Hypothesen diskutiert.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:	Der Forschungsprozess ist dokumentiert, die Transkription ersichtlich. Durch die Bearbeitung der Ergebnisse durch eine Zweitperson wird die Intersubjektivität hergestellt. Methodisches Verfahren ersichtlich. Kodiervorgang angewendet. → hoch
Indikation:	Die Methode wurde angemessen verwendet und geeignete Fachpersonen ausgewählt. Das gewählte Design entspricht nicht vollumfänglich der Definition, führt jedoch zur Beantwortung der Fragestellung. Samplingstrategie wird nicht beschrieben. Entscheidungen sind nachvollziehbar. → mittel
Empirische Verankerung:	Die Hypothesen und die Fragestellung beruhen auf von früheren Studien und Literatur. Verwendung von Zitaten. Verwendung von Kodiervorgang. → mittel
Limitation:	Die Limitation werden von den Forschenden deklariert, jedoch werden keine kontrastreichen Vergleiche der Fälle analysiert und dargestellt. → mittel
Kohärenz:	Ungelöste Fragen sind offengelegt und werden von den Forschenden diskutiert. Die generierte Theorie ist in sich mehrheitlich kohärent. → mittel
Relevanz:	Die Fragestellung ist pflegerisch relevant und basiert auf bereits bestehenden Hypothesen. Die Theorie leistet ein wichtiger Bestandteil für das Verständnis der aktuellen Pflegepraxis. → hoch
Reflektierte Subjektivität:	Unklare Beziehung zwischen den Forschenden und Teilnehmenden. Es wird nicht beschrieben, dass eine Selbstbeobachtung und persönliche Reflektion durch die Forschenden stattgefunden haben. → gering
Evidenzlage:	Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie, quantitativer Teil: Burkhalter, H., Stucki-Thür, P., David, B., Lorenz, S., Biotti, B., Rogler, G., & Pittet, V. (2015). Assessment of Inflammatory Bowel disease Patient's Needs and Problems from a Nursing Perspective. *Digestion*, 91, 128-141. doi:10.1159/000371654

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/Phänomen: Nichtvorhandensein von klarer Struktur der Pflege von Menschen mit CED. Mangelnde Möglichkeiten für eine weiterführende ambulante Behandlung.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Erfassung der Bedürfnisse von CED-Betroffenen anhand der bereits zusammengetragenen Daten der Swiss IBD cohort des USZ.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Belastende Symptome von CED haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen, sowie auf die Arbeitsproduktivität, soziale Isolation und Depression. Verbesserung der Lebensqualität durch Informationen und Aufklärung, zur Verbesserung der Edukation und Förderung von Adhärenz.</p> <p>Hypothese: CED-Betroffene erleben starke Belastungen, grosses Potential der Pflegeentwicklung in Förderung von Selbstmanagement und Steigerung der Lebensqualität. Optimierung der Qualität und Strukturierung des Gesundheitswesens durch Edukation und Weiterbildungen führen zu besseren Resultaten in der Pflegepraxis mit CED-Betroffenen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Fehlende Instrumente zur Beurteilung des Bedarfs von CED-Betroffenen und keine Pflegekontinuitätsstruktur für die Regulation ambulanter Nachsorge.</p>	<p>Design und Begründung: Konvergierendes, deskriptives Mixed-Methods Studiendesign, Datensammlung aus der Retrospektive einer früheren Studie herbeigezogen. Verwendung von quantitativer Methode, um selbst berichtete psychosoziale Elemente von CED zu bewerten.</p> <p>Population: Patientinnen und Patienten, die an CED leiden.</p> <p>Stichprobe: Personen, welche 2006 an der Swiss IBD Cohort Study im Universitätsspital Zürich teilgenommen haben, n=230, davon haben 75 den Fragebogen ausgefüllt.</p> <p>Datenerhebung: Nicht konkret beschrieben, Verweis auf Originalstudie von Pittet et al. (2009). Den Teilnehmenden wurde ein Jahresfragebogen abgegeben, in welchem sie Anlässe über das ganze Jahr festhielten, um die psychosoziale Situation zu erfassen. Demographische und klinische Daten wurden gesammelt und das Erleben von Symptomen anhand von verschiedenen Fragebögen erfasst.</p> <p>Methodologische Reflexion: Jährliche Überprüfung des Gesundheitszustandes und mögliche Feststellung von Veränderungen.</p> <p>Messverfahren und Intervention: Anwendung verschiedener Fragebögen wie die kurze Gesundheitsumfrage (SF-36), die Krankenhaus Angst und Depression Skala (HADS) und der Fragebogen über CED (IBDQ).</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Geschlecht, Diagnose, Zivilstatus, Raucherstatus Ordinal: Bildungsstand, Abdominalschmerzen Proportional: Wegstrecke zum Spital, Alter, BMI</p> <p>Statistische Verfahren: Nominal: Chi-Quadrat-Test Ordinal: Exakter Fisher-Test Proportional: Mann-Whitney-U-Test Datenanalyse anhand SPSS 20, Signifikanzlevel von 5%.</p> <p>Ethische Fragen: Prüfung und Genehmigung der lokalen Ethikkommission.</p>	<p>Ergebnisse: Von 230 eingeschlossenen Teilnehmenden, beantworteten 75 den psychosozialen Fragebogen. Von den Teilnehmenden waren 137 männlich und 93 weiblich mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren. Dabei sind mit 51% etwas mehr Teilnehmende von Colitis Ulcerosa betroffen im Vergleich zu 49% mit Morbus Crohn. Belastende Symptome: Fatigue 22 (29%), Schlafprobleme 19 (26%), Diarrhoe 18 (24%), Gewichtsverlust 7 (9%) 40.5% der CED-Betroffenen befinden sich unter dem kritischen Wert der Lebensqualität im Vergleich zu standardisierten Allgemeinpopulationsdaten. Keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Vitalität und psychischer Verfassung. Nachuntersuchung zeigte hohe Prävalenz von Bauchschmerzen, Angstsymptome und Depression. Dies zeigt Notwendigkeit, Symptome häufiger zu bewerten und Intervalle der Nachuntersuchungen zu verkürzen.</p>	<p>Interpretation Ergebnisse: Die Hauptergebnisse spiegeln die mangelhaft strukturierte Praxis der Pflegeaufgaben wie Assessment und Überwachung der Interventionen bei CED-Betroffenen. Oft können nicht alle Symptome unter Kontrolle gebracht werden. Jedoch die Optimierung des Schmerzmanagements, wie die zusätzliche Beurteilung von psychosozialen Folgen. Stress und Lebensqualität, würde mehr als nur die Beurteilung von Bauchschmerzen umfassen. Es wird empfohlen CED-Betroffene mit individuellen Plänen, statt standardisierten zu behandeln und psychosoziale Faktoren wie Stressbewältigung, psychische Belastungen und Erschöpfung einzubeziehen.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Die Bedürfnisse der CED-Betroffenen werden dargestellt und mit dem qualitativen Teil der Studie vernetzt.</p> <p>Limitationen: Kleinere Stichprobe, deshalb soll bei der Prävalenz von Symptomen der internationale Vergleich beigezogen werden.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Momentan grosse Diskrepanz zwischen Bewertung der Relevanz und der tatsächlichen Praxisumsetzung. Durch die Anwendung von N-ECCO-Konsenserklärung können Richtlinien anhand der Bedürfnisse entwickelt, Verantwortlichkeiten von Ärztin oder Arzt und Pflege definiert und multidisziplinärer Austausch geregelt werden. Vorgeschlagen wird ein CED-spezialisiertes Zentrum mit geeigneten Räumlichkeiten und ausgebildetem Pflegepersonal mit genügend Zeitressourcen, ein Beratungstelefon, strukturierte Edukation und Unterstützung von CED-Betroffenen, multidisziplinäre Fallbesprechungen und Funktionseinstellung einer APN für die CED-Prozesskoordination.</p>

Würdigung der Studie: Burkhalter, H., Stucki-Thür, P., David, B., Lorenz, S., Biotti, B., Rogler, G., & Pittet, V. (2015). Assessment of Inflammatory Bowel disease Patient's Needs and Problems from a Nursing Perspective. *Digestion*, 91, 128-141. doi:10.1159/000371654

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Die Forschungsfrage ist praxisrelevant und verfolgt das Ziel, Bedürfnisse von CED-Betroffenen zu erfassen. Durch Hypothesen wird die Relevanz für die Forschungsfrage verstärkt. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass durch die regelmässige Evaluation von Bedürfnissen und Problemen der Betroffenen, die Pflege verbessert und optimiert werden kann.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Studie begründet den Forschungsbedarf aufbauend auf bereits vorhandene Literatur. Die Studie dient zur Evaluation und Weiterentwicklung des Pflegebedarfs.</p>	<p>Design: Das verwendete Design entspricht laut den Forschenden nicht perfekt der eigentlichen Definition. Die gewählte Methode wird als quantitativ ausgegeben, obschon die Antworten der Fragebögen subjektive und qualitative Inhalte wiedergeben.</p> <p>Stichprobe: Stichprobe ist repräsentativ für die Population. Auf valide Daten zurückgegriffen. Von den Autorinnen und Autoren wird die Stichprobengrösse als gering eingestuft, da die Mehrheit (67%) der eingeschlossenen CED-Betroffenen den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Die Drop-Outs werden graphisch dargestellt.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar, Verwendung mehrerer Fragebögen. Die Methode zur Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmenden identisch angewendet, beschränkter Handlungsraum.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Die Messinstrumente werden detailliert erläutert und basieren auf früherer Literatur. Die Instrumente sind valide, durch die Abhängigkeit von den Teilnehmenden jedoch nur beschränkt reliabel und kritisch auszuwerten. Keine fundierte Begründung der Auswahl der Messinstrumente.</p> <p>Datenanalyse: Der Vorgang der Datenanalyse wird klar beschrieben, valide Analyseinstrumente wurden sinnvoll verwendet und anhand der Datenniveaus angepasst. Das Signifikanzlevel wird beschrieben, aber nicht begründet.</p> <p>Ethik: Verfahren wurde von der Ethikkommission genehmigt. Die Teilnehmenden hatten das Recht, den Fragebogen nicht auszufüllen. Keine ethischen Konflikte.</p>	<p>Die Ergebnisse werden anhand von Tabellen und Grafiken präzise und detailliert dargestellt und vollständig beschriftet. Im Text wird auf die tabellarische Darstellung Bezug genommen. Tabellen sind ergänzend zum Text. Qualitative und Quantitative Daten werden zusammengefasst und ausgewertet. Studienergebnisse tragen zu einem Verständnis der aktuellen Pflegequalität und Pflegerolle bei der Behandlung von CED-Betroffenen bei.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Der Diskussionsteil wird ausführlich beschrieben und die Autorinnen und Autoren gehen auf die Resultate ein. Jedoch werden einzelne unklare Ergebnisdaten erläutert, welche in keiner Statistik zu finden sind, fehlende Datenquelle. Ansonsten stimmen die Interpretationen mit den Resultaten überein. Im Übrigen werden die Resultate mit Literaturvergleich zusammengefasst und kritisch diskutiert. Alternative Erklärungen und Limitationen werden illustriert und begründet.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Die Studie zeigt die Bedürfnisse von CED-Betroffenen auf, geht jedoch nicht weiter auf konkrete Pflegeinterventionen ein. Durch die geringe Anzahl Teilnehmende und das beschränkte Sampling ist nur bedingt ein Praxistransfer der Resultate möglich. Eine weiterführende Forschung mit einer grösseren Population wird empfohlen und es wäre denkbar die Studie in einem anderen Setting zu wiederholen, jedoch ohne Bezug von bereits erhobenen Daten.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Da die erhobenen Daten auf einer vorangegangenen Studie basieren, stehen die quantitativen Ergebnisse der Studie in Abhängigkeit des Forschungsteam. Die Messinstrumente sind valide, durch die Abhängigkeit von den Teilnehmenden jedoch nur beschränkt reliabel. Keine fundierte Begründung der Auswahl der Messinstrumente. Klares Auswertungsverfahren.

→ mittel

Reliabilität: Die Reproduzierbarkeit ist durch die vorgegebene Stichprobe eingeschränkt. Da die Antworten auf subjektiven Empfindungen basieren und es sich um eine kleine Stichprobe handelt, wären die Ergebnisse bei Wiederholungen kaum identisch. Die Messinstrumente werden als zuverlässig eingestuft. Methodisches Vorgehen und Datenanalyse sind klar beschrieben.

→ mittel

Validität: Das gewählte Forschungsdesign erfüllt nicht exakt die Kriterien der Definition. Das Messinstrument kann jedoch als valide angesehen werden, da die Ergebnisse erfasst werden konnten, welche gemessen werden wollten. Erfassung von Einflussgrößen wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Krankheit, zur Beurteilung von allfälligen Datenverzerrungen.

→ mittel

Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie: Coenen, S., Weyts, E., Vermeire, S., Ferrante, M., Noman, M., Ballet, V., Vanheecht, K., & Van Assche, G. (2017). Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29, 646-650. doi:10.1097/MEG.0000000000000839

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/ Phänomen: Pflegefachperson für CED als erste Anlaufstelle für Betroffene, mit Hilfe von Telefon und E-Mail schneller Zugang zu Pflege und Beratung. Dadurch können Symptome rasch erkannt werden, früh mit der Therapie begonnen und Besuche in der Notfalleinlieferung reduziert werden. Die CED-Pflegefachperson soll als Behandlungsstandard für alle CED-Betroffenen gelten.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Die Wirksamkeit der Anstellung einer CED-Pflegefachperson auf die CED-Betroffene und Behandlung erfassen. Überprüfung von Auswirkung auf die Qualität des Patientenmanagements und Verringerung der Notfalleinweisungen in Belgien.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: CED-Pflegefachperson nimmt im multidisziplinären Team, in der Angehörigenbetreuung und für die Betroffenen eine Schlüsselrolle ein, bietet Unterstützung und Edukation.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Schwankender Krankheitsverlauf erfordert kontinuierliche Therapie und Interventionen bei akuten Krankheitsschüben. Das komplexe Krankheitsmanagement fordert einen spezialisierten und multidisziplinären Ansatz. Bisher begrenzte Beweisgrundlage für eine Verbesserung in der Praxis.</p>	<p>Design und Begründung: Quantitatives Design, keine Begründung des Forschungsdesigns.</p> <p>Population: Patientinnen und Patienten mit CED, aus dem Universitätsspital Leuven in Belgien mit 2'500 registrierten CED-Betroffenen.</p> <p>Stichprobe: Keine verschiedenen Studiengruppen. 1'313 CED-Betroffene: 72% Morbus Crohn, 42% Männer, Durchschnittsalter von 38 Jahren, Durchschnittsjahre von zwölf Jahren.</p> <p>Datenerhebung: Erhoben wurden demographische Daten wie Geschlecht, Alter, Diagnose, Krankheitsdauer, aktuelle Therapie. Alle CED-Betroffenen, welche von einer CED-Pflegefachperson betreut wurden, wurden gezählt und die pflegerischen Interventionen festgehalten. Untersuchungszeitraum von einem Jahr. Die CED-Pflegefachperson hatte 10 Jahre Berufserfahrung auf dem CED-Gebiet, absolvierte Weiterbildungen im Patientenmanagement und war für Betroffene während der Arbeitszeit telefonisch und über E-Mail kontaktierbar. Den Betroffenen standen ausserdem Informationsbroschüren und eine DVD zur Verfügung.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Geschlecht, Diagnose, Intervention Ordinal: aktuelle Therapie Intervall: Krankheitsdauer Proportional: Alter, Anzahl Kontakte, Kosten</p> <p>Statistisches Verfahren: deskriptive Statistiken, Verwendung von IBM SPSS 23.0-Softwarepaket, Erhebung der Kosteneffektivität vom Finanzdepartement des Spitals. Keine Beschreibung der statistischen Tests.</p> <p>Ethische Fragen: Controlled Trial wurde vom Team als unethisch betrachtet, da eine Gruppe keine oder kaum Interventionen erhalten würde.</p>	<p>Ergebnisse: CED-Pflegefachperson hatte mit 1'313 CED-Betroffenen Kontakt, 586 erhielten Interventionen oder Behandlungen. 41% davon beanspruchten mehr als eine Beratungsperson, 8% hatten mindestens fünf Kontakte und 2% hatten mindestens zehn Kontakte mit der CED-Pflegefachperson. 48% Telefonkontakte 46% persönliche Kontakte 6% E-Mail-Kontakte Beobachtbar steigende persönliche Kontakte, der grösste Bedarf bestand in der Bereitstellung von Informationen und Unterstützung während der Therapie. Nur wenige für psychosoziale und administrative Unterstützung. Angewendete Interventionen: 1. Edukation bei Therapiebeginn 2. Prozessmanagement während Therapie 3. Angehörigencoaching und Beratung 4. Medikamentenmanagement und Symptomenmanagement 5. Psychosoziale Unterstützung 6. Terminplanung und Untersuchungskoordination 7. Beratung und Information über Nebenwirkungen 8. Administration und rechtliche Unterstützung Fokus auf drei Bereiche inkl. Kosteneinsparungen: Vermeidung von ambulanten Besuchen (da beispielsweise Standard-BE) = 133, durch Telefonberatung → 11'675 Euro gespart Vermeidung von Notfallbesuchen = 30, durch frühzeitiges deuten von Symptomen → 9'420 Euro gespart Schnellerer Zugang zu Behandlung und Therapie = für 136 Patientinnen und Patienten</p>	<p>Interpretation Ergebnisse: CED-Pflegefachperson erbringt umfangreiche Leistungen und wichtige Aufgaben in Betreuung von CED-Betroffenen. Entlastung von ärztlicher Arbeit und Zeiteinsparung. Deutliche Reduktion von Notfalleinlieferungen und ambulanten Besuchen, somit Kosteneinsparungen. Beziehungsaufbau mit CED-Pflegefachperson. Vermutung, dass in weniger organisierten und strukturierten Institutionen Auswirkungen von CED-Pflegefachperson noch signifikanter wären.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Bedeutende Wichtigkeit einer CED-Pflegefachperson wird aufgezeigt.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Wirksamkeit einer CED-Pflegefachperson im signifikanten Zusammenhang mit Erfahrungswissen. - Datenerhebung erfolgte nur durch Selbsterfassung von CED-Pflegefachperson, Verzerrung möglich. - Aus ethischen Gründen keine unterschiedlichen Stichprobengruppen (Controlled Trial) - Keine tatsächliche Messung der Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und Zeitmanagement von Ärztinnen und Ärzten. <p>Forschungsliteratur: Calvet et al. (2013): CED-Pflegefachperson als wichtige Struktur auf CED-spezialisierten Abteilungen oder Kliniken. Leach et al. (2014): Kostensenkung im Gesundheitswesen</p> <p>Schlussfolgerung/ Praxistransfer: Offensichtliche Effizienz- und Qualitätsverbesserung durch die Positionseinführung einer CED-Pflegefachperson im Akutspital. Empfehlung: 1) mindestens eine CED-Pflegefachperson in einem multidisziplinären Team zu integrieren 2) Informationsbroschüren zu oft gestellten Fragen erstellen 3) Möglichkeit einer Telefon-Helpline und E-Mail-Kontakt für eine Beratung</p>

Würdigung der Studie: Coenen, S., Weyts, E., Vermeire, S., Ferrante, M., Noman, M., Ballet, V., Vanheecht, K., & Van Assche, G. (2017). Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29, 646-650. doi:10.1097/MEG.0000000000000839

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Pflegerrelevantes, wirtschaftliches und politisches Thema der Studie. Die Forschungsfrage wird umfangreich erläutert und klar beschrieben.</p> <p>Bezugsrahmen: Theoretischer Hintergrund nimmt Bezug auf vorbestehende Literatur und zeigt Relevanz auf.</p>	<p>Design: Wird von den Forschenden nicht erläutert oder begründet. Forschungsfrage ist mit quantitativem Forschungsdesign nachvollziehbar und passend.</p> <p>Stichprobe: Grosse Stichprobengrösse, eingeschränktes Einzugsgebiet, die Forschenden wählten nur ein Spital aus und schlossen nur eine CED-Pflegefachperson in die Studie ein, Ergebnisse somit abhängig von Gesundheitssystem und Ausbildung des Landes (Belgien), deshalb nur bedingt repräsentierbar für Zielpopulation.</p> <p>Datenerhebung: Beschränkte Nachvollziehbarkeit der tatsächlichen Datenerhebung durch die CED-Pflegefachperson. Methoden wurden einheitlich bei allen Probandinnen und Probanden angewendet. Repräsentativer Zeitraum gewählt.</p> <p>Messverfahren und/oder Interventionen: Messinstrumente nicht detailliert beschrieben, basierend auf Selbsterhebung von ausgewählter CED-Pflegefachperson.</p> <p>Datenanalyse: Kaum nachvollziehbar, detaillierte Datenanalyse wird nicht aufgezeigt.</p> <p>Ethik: Wird diskutiert und abgesprochen. Keine Angabe über Genehmigung einer Ethikkommission.</p>	<p>Darstellung Ergebnisse: Die Ergebnisse werden präzise und übersichtlich dargestellt. Zur Veranschaulichung werden vollständig beschriftete Abbildungen und Tabellen verwendet und verschiedene Aspekte der Untersuchung aufgezeigt. Im Text sind Ergänzungen illustriert und weiter erläutert.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Alle Resultate werden diskutiert und die Interpretationen transparent erläutert. Der Bezug auf die Forschungsfrage wird hergestellt und auf weitere vergleichbare Studien hingewiesen. Alternative Erklärungen werden gesucht und diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Die Studie zeigt eine pflegerrelevante Thematik auf. Die Stärken und Schwächen werden transparent dargestellt, weiterer Forschungsbedarf wird offengelegt. Die Umsetzung in die Praxis ist stark von der politischen und wirtschaftlichen Lage eines Landes abhängig und nicht international umsetzbar. Eine Wiederholung der Studie in einem anderen klinischen Setting wäre empfohlen und umsetzbar.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse der Studie stehen in Abhängigkeit zum Land und dessen Gesundheitssystem und Ausbildung der CED-Pflegefachperson. Die Messinstrumente sind nicht nachvollziehbar erläutert. Standardisierte Testsituation nicht vollständig gegeben, da die Daten durch Selbsterfassung der Pflegefachperson erhoben wurden. Soziale Interaktion zwischen der Pflegefachperson und den Teilnehmenden möglicherweise nicht bei allen gleich. Auswertungsverfahren bei allen durch standardisiertes Programm.

→ mittel

Reliabilität: Wiederholungen wären nur bedingt möglich und die Ergebnisse sind bedingt reproduzierbar, da die Zuverlässigkeit der Messinstrumente nicht offensichtlich ist. Klare Beschreibung, was gemessen wurde.

→ mittel

Validität: Das Forschungsdesign ist angemessen eingesetzt und die Datenerhebung der Forschungsfrage angepasst. Mögliche Verzerrung der Daten durch Selbsterfassung der Pflegefachperson wird erwähnt. Generalisierbarkeit der Ergebnisse nur begrenzt möglich.

→ mittel

Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie: Czuber-Dochan, W., Norton, C., Bredin, F., Darvell, M., Nathan, I., & Terry, H. (2014). Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 835-844. doi:10.1016/j.crohns.2014.01.004

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/Phänomen: Konzentration auf symptomatische Folgen von CED, Vernachlässigung von chronischen Symptomen wie Fatigue. 40% der CED-Betroffenen leiden unter Fatigue, fehlende Patientenedukation.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Erlangen von detailliertem Verständnis, wie Fachpersonen Fatigue von CED-Betroffenen wahrnehmen, diagnostizieren und ihre Assessment- sowie Managementstrategien anwenden.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Bezug auf frühere Studien, Fatigue gilt für Betroffene als belastend, vom Umfeld nicht gleichwertig gewichtet. Laut Minderhoud, Oldenburg, van Dam, Henegouwen (2003) gilt Fatigue als das lästigste Symptom von CED in Remission und betrifft im Durchschnitt 40% der Betroffenen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Bisher wenig Literatur zu Fatigue bei CED-Betroffenen.</p>	<p>Design und Begründung: Qualitativ-deskriptive Phänomenologie als methodische Grundlage.</p> <p>Population: 20 Fachpersonen von Gesundheitsberufen rekrutiert und befragt (acht IBD-Pflegefachpersonen, zwei Gastroenterologinnen oder Gastroenterologen, drei Ernährungsberatende, zwei Hausärztinnen oder -ärzte, zwei Apothekerinnen oder Apotheker, drei Psychologinnen oder Psychologen). Medianwert seit dem Abschluss betrug 19.1 Jahre, Medianwert der Erfahrung betrug 8.7 Jahre. Einschlusskriterien: Häufiger Kontakt mit Menschen, mind. sechs Monate Berufserfahrung in der Gastroenterologie.</p> <p>Stichprobe: Studie wurde in den Newslettern „Crohn's & Colitis UK Charity“ und „IBD Specialist Nurses“ ausgeschrieben und dadurch Freiwillige gesucht. Anwendung des Schneeballsystems, durch gezielte Anfrage und Auswahl. Identifikation von unterschiedlichen Fachpersonen.</p> <p>Datenerhebung: Zwischen Juni und Dezember 2012, anhand halbstrukturierter Interviews geführt von Gesundheitsfachpersonen, Wahl zwischen Telefongespräch (16) oder persönlichem Interview (vier). Anwendung von offenen und reflektierenden Fragestellungen für weitere Informationen und Präzisierung der Daten.</p> <p>Methodologische Reflexion: Das gewählte Design gibt der Population eine Stimme ohne beeinflussende Vorurteile.</p> <p>Datenanalyse: Präzision durch systematischen Prozess der Erfassung und Analyse der Daten, Prozesssicherung. Interviews anhand Audioaufnahme festgehalten und transkribiert. Unabhängige Forschende wie Angehörige der Gesundheitsberufe oder Mitarbeitende einer CED-Wohltätigkeitsorganisation. Je zwei persönliche Treffen, mehrere Telefonate zur Verfeinerung der Themen. Zitate sind referenziert.</p> <p>Ethische Fragen: Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission der örtlichen Universitäten. Vor der Befragung erhielten die Teilnehmenden schriftliche Informationen mit einem Einwilligungsfeld. Zustimmung zur Audioaufnahme mittels Unterschrift.</p>	<p>Ergebnisse: Kein Konsens zwischen Müdigkeit und Krankheitsaktivität. Grosse Uneinigkeiten unter den Gesundheitsfachpersonen, empfinden Fatigue als Symptom von CED schwierig und kompliziert.</p> <p>1) <i>Beschreibung Fatigue:</i> Schwierigkeit da subjektiv</p> <p>2) <i>Auslöser von Fatigue:</i> Alter, Medikation, Stress, etc.</p> <p>3) <i>Fatigue Bewusstsein:</i> Modernes gesellschaftliches Problem</p> <p>4) <i>Formen der Fatigue:</i> Körperlich, geistig und emotional</p> <p>5) <i>Emotionaler Einfluss:</i> Frustration, Depression, Angst, etc.</p> <p>6) <i>Private Auswirkungen:</i> Beziehungen, Isolationen, Freizeit, etc.</p> <p>7) <i>Öffentliche Auswirkungen:</i> Arbeit, Ausbildung, Verständnis, etc.</p> <p>8) <i>Schicksalsergebene Einstellungen:</i> Sich mit Zustand abzufinden</p> <p>9) <i>Gesundheitssysteme als Hindernis:</i> Fehlende Ressourcen, nicht akut</p> <p>10) <i>Erfassung von Fatigue:</i> Kein systematisches Assessment</p> <p>11) <i>Interventionen und Management:</i> Medizinische Massnahmen wie Krankheitsbehandlung, Korrektur der Laborwerte. Mangelnde Fatigue-Bewältigungsstrategien, Komplexität. Selbstmanagement, Informationsbroschüren. Oft widersprüchliche Ratschläge von Gesundheitsfachpersonen.</p> <p>Darstellung der Ergebnisse: Aufteilung in drei Hauptthemen und elf Unterthemen.</p>	<p>Interpretation Ergebnisse: Alle Studienteilnehmenden hatten Mühe, Fatigue zu verstehen und bezeichnen die Müdigkeit als ein subjektives, komplexes Konzept. Schwierigkeit sich in die Betroffenen einzufühlen. Fatigue wird als eines der häufigsten Symptome bei CED bezeichnet. Zur Prävalenz von CED bedingter Fatigue schwankten die Schätzungen zwischen 0-100%. Die von Gesundheitsfachpersonen verwendeten Ermüdungsklassifizierungen waren unsystematisch und nicht einheitlich. Fatigue wird zum Teil als einen normalen Bestandteil des Alltags angesehen. Nur beschränkte Interventionen gegen Fatigue vorhanden, somit Zurückhaltung der Gesundheitsfachperson beim Assessment von Fatigue. Bedarf an evidenzbasierten Interventionen besteht.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Kein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung von Fatigue in der Pflegepraxis. Oftmals wird Fatigue bei CED-Betroffenen von Pflegefachpersonen nicht erkannt oder nicht als relevant angesehen.</p> <p>Bezug zur Forschungsliteratur: Erste Studie, welche Bezug auf Ansichten von Gesundheitsfachpersonen über Fatigue bei CED-Betroffenen nimmt. In veröffentlichten EU-Richtlinien über CED wurde Fatigue nicht als eines der Symptome bezeichnet (2006, 2008).</p> <p>Schlussfolgerung/Praxisrelevanz: Da Fatigue nicht eine akute Notfallsituation darstellt, wird dem Symptom meist zweitrangig Aufmerksamkeit geschenkt. Laut CED-Betroffenen werden Beschwerden über Müdigkeit von Gesundheitsfachpersonen ignoriert, kaum Unterstützung wird geboten.</p>

Würdigung der Studie: Czuber-Dochan, W., Norton, C., Bredin, F., Darvell, M., Nathan, I., & Terry, H. (2014). Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 835-844. doi:10.1016/j.crohns.2014.01.004

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Die Studie behandelt ein relevantes Thema in der Pflege mit einem grossen Wiedererkennungswert in der Praxis. Es wird auf die Tatsache Bezug genommen, dass chronischen Symptomen wie Fatigue nur sehr gering Aufmerksamkeit geschenkt wird. Hinweis auf Wissenslücken und Verbesserungsressort. Das Ziel der Studie wird genannt. Keine konkrete Fragestellung.</p> <p>Bezugsrahmen: Die Forschenden nehmen Bezug auf vorangegangene Literatur und Begründen den Forschungsbedarf.</p>	<p>Design: Passend gewähltes Design, da es sich konkret um Vorurteile und Wahrnehmung von Gesundheitsfachpersonen handelt. Um die Forschungsfrage noch umfassender zu beantworten, hätten für den Vergleich noch mehr Probandinnen und Probanden hinzugezogen werden können. Der gewählte Ansatz der deskriptiven Phänomenologie wird dadurch begründet, dass den Teilnehmenden somit eine Stimme gegeben werden kann, ohne Einfluss der Forschenden.</p> <p>Stichprobe: Das Vorgehen der Stichprobenziehung wird klar beschrieben. Passende Gesundheitsfachpersonen wurden gesucht und für die Studie ausgewählt. Die Stichprobengrösse ist für eine qualitative Studie angemessen, es wird ausserdem betont, dass es sich dabei um Ansichten und Meinungen von einer kleinen Stichprobe handelt. Die Teilnehmenden sind von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgewählt, sind konfrontiert mit dem behandelten Phänomen, das Setting wurde nicht beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Die Studie handelt von menschlicher Wahrnehmung, die Datenerhebung wird explizit und strukturiert dargestellt. Die gestellten Fragen des Interviews werden anhand tabellarischer Darstellung aufgezeigt. Auf die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird anhand des halbstrukturierten Interviews eingegangen und damit begründet, dass gezielt offene Fragen gestellt wurden.</p> <p>Methodologische Reflexion: Der Standpunkt der Forschenden wird nicht genauer erläutert. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein, die Methode für die Erfassung des Phänomens ist sinnvoll gewählt.</p> <p>Datenanalyse: Die qualitative Studie schafft einen Vergleich der Erfahrungen, Meinungen und Wahrnehmungen der Teilnehmenden, sind jedoch nicht allgemeingültig.</p> <p>Ethik: Durch die wiederholten Treffen der Forschenden und Teilnehmenden der Studie wurde die Beziehungsarbeit ersichtlich.</p>	<p>Analyse der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden mit Zitaten bekräftigt und durch weitere Literatur ergänzt.</p> <p>Reichhaltigkeit der Daten: Durch die Aufteilung in Kategorien konnten die Ergebnisse ausführlich und miteinander zusammenhängend dargestellt werden. Der Forschungsansatz wurde umfassend analysiert und reichhaltig präsentiert. Teilweise Wiederholungen oder Überschneidungen innerhalb der Kategorien.</p> <p>Kategorien: Werden strukturiert und übersichtlich dargestellt. Kategorien anhand Unterkapitel.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Problemstellung wird aufgegriffen und zusammenfassend dargestellt. Da es sich um eine kleinere Stichprobe des Vereinigten Königreiches handelt, sind die Aussagen nicht in jedes Land übertragbar.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Besteht darin, dass konkret auf die Problemstellung hingewiesen und der Handlungsbedarf betont wird. Jedoch werden keine konkreten pflegerische Interventionen erläutert.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:	Mehrere involvierte Forschende, professioneller Transkribierender, nachvollziehbarer und dokumentierter Forschungsprozess. Anwendung von Transkription und Audioaufnahmen. Vorverständnis der Forschenden wird nicht erwähnt. → hoch
Indikation:	Die qualitative Methode ermöglicht dem Forschungsziel entsprechende Ergebnisse. Methode angemessen, Einzelentscheidungen können jedoch nicht nachvollzogen und daher nicht beurteilt werden. → mittel
Empirische Verankerung:	Empirische Verankerung durch Zitate. Ob subjektive Interpretationen der Forschenden durch ihr Vorwissen stattgefunden haben, kann nicht beurteilt werden, da das Vorverständnis nicht ersichtlich ist. Kodifizierte Methoden wurden verwendet. → mittel
Limitationen:	Werden von den Forschenden genannt, Generalisierbarkeit diskutiert. Kontexte werden beschrieben. → hoch
Kohärenz:	Kohärente Ergebnisse, transparente und detaillierte Darstellung. Offene Frageformen ermöglichen breite Erfassung von Daten. → hoch
Relevanz:	Forschungsbedarf wird erläutert und begründet, Relevanz für Pflegepraxis vorhanden, da die Wichtigkeit der Fatigue-Behandlung aufgezeigt wird. Lösungen werden primär jedoch nicht aufgezeigt. → mittel
Reflektierte Subjektivität:	Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden ist nicht explizit dargestellt. Keine Beschreibung über die Reflexion des Vorverständnisses der Forschenden, ist daher nicht beurteilbar ob eine Reflexion stattgefunden hat oder nicht. → gering
Evidenzlage:	Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie: Leach, P., De Silva, M., Mountifield, R., Edwards, S., Chitti, L., Fraser, R. J. L., & Bampton, P. (2014). The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 370-374. doi:10.1016/j.crohns.2013.09.018

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem: Patientinnen und Patienten mit CED haben komplexe Managementanforderungen, die am besten von einem spezialisierten CED-Dienst behandelt werden.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Auswirkungen von CED-Pflegefachpersonen auf die Patientenergebnisse erforschen. Wirksamkeit einer CED-Pflegefachperson innerhalb eines etablierten CED-Dienstes untersuchen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Potenzielle Vorteile, die sich durch CED-Pflegefachpersonen ergeben können, beziehen sich auf den schnellen Zugang zu Beratung und Unterstützung für Betroffene, ihre Familien, Hausärztinnen und -ärzte und externe Gastroenterologinnen und -enterologen. Dies kann zur frühzeitigen Erkennung von Symptomen und zum frühzeitigen Intervenieren dienen, was zur Verringerung von Hospitalisationen und ambulanten Terminen führt.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Die relativen Beiträge von CED-Pflegefachpersonen und die Wirkung von Personal mit unter spezialisiertem Interesse an CED sind unklar. Wert der CED-Pflegefachperson im Akutspital wird immer noch diskutiert. Bisher noch nicht untersucht. CED-Pflegefachpersonen reduzieren die Hospitalisationsrate und ambulante Besuche, was direkte Kostenvorteile hat. Langfristige Nachhaltigkeit dieser Einsparungen wurden bisher noch nicht untersucht.</p>	<p>Design: Quantitative Studie. Prospektive Datenerhebung.</p> <p>Population und Stichprobe: Patientinnen und Patienten, die an CED leiden und im Jahr 2011 durch den CED-Dienst im Flinders Medical Centre betreut wurden. Geschichtete Stichprobe: Einteilung der Patientinnen und Patienten in Untergruppen, entsprechend der Krankheitsart, Standort und Management mit biologischen Therapien. Keine verschiedenen Studiengruppen, keine Randomisierung.</p> <p>Datenerhebung: Prospektive Erfassung aller patientenbezogenen Aktivitäten (OOS) der CED-Pflegefachperson und deren Auswirkungen. Erhebung von 1.1. bis 31.12.11, durch die Pflegefachperson mit vierteljährlicher externer Überprüfung. Erhebung der stationären Verweildauer und Aufnahmedaten durch den Qualitätsverbesserungsbeauftragten, die chirurgische Abteilung und andere Fachgebiete. Berechnung der Kosten für Spitalaufenthalte aus Daten einer früheren Studie, die in derselben Stadt durchgeführt wurde. Kosten für die ambulante Versorgung und Aufnahme auf der Notfallstation, die durch die Interventionen eingespart wurden, stammen aus den Finanzunterlagen des Spitals.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Einteilung der Interventionen nach ihren Auswirkungen in vier Gruppen: - Vermeidung von Spitalaufnahmen: Erfolgreiche Behandlung zu Hause durch engmaschige Verlaufskontrollen. Symptommanagement. - Vermeidung von Aufnahmen auf der Notfallstation: Durch Beurteilung des Zustandes der Betroffenen durch die CED-Pflegefachperson. - Vermeidung von ambulanten Klinikbesuchen: Durch Medikationsanpassung, Patienten- oder Hausarztbildung, Durchführung von Untersuchungen. - Qualitätsverbesserungsmassnahmen: Verbesserung des Krankheitsverständnisses und Einhaltung der Therapie. Patientenberatung zum Medikamenten-, Krankheitsmanagement und zur Immunisierung. Überprüfung von Informationen für die CED-Datenbank.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Geschlecht, Intervention durch CED-Pflegefachperson, Krankheitsart, Standort. Proportional: Alter, Anzahl OOS, Anzahl Krankenhausbesuche, Anzahl vermiedene Krankenhausbesuche.</p> <p>Statistische Verfahren: Mittelwert +/- Standardfehler, Chi-Quadrat-Test. Signifikanzniveau bei allen Analysen $p < 0.05$.</p> <p>Ethische Fragen: Keine Angaben bezüglich Gedanken zu ethischen Fragen.</p>	<p>Ergebnisse: 4'920 OOS mit 258 Patienten und 308 Patientinnen ($n=566$). Mehrheit benötigte mehr als eine OOS: 292 Betroffene >10 OOS, 134 >20 OOS. Signifikant höhere OOS bei Morbus Crohn als bei Colitis Ulcerosa (11.0 beziehungsweise 6.4 OOS pro Person, $p < 0.0001$). 339 Teilnehmende mit Morbus Crohn, 141 mit Colitis Ulcerosa, drei mit unbestimmter Colitis, 83 wurden zunächst an die Pflegefachperson verwiesen, hatten aber keine CED. Stationäre Untersuchung bei 104 Teilnehmenden inkl. Beratung und Überprüfung Immunstatus, Beurteilung des Krankheitsverständnisses/Behandlung/Adhärenz und Blutüberwachung. Die Interventionen führten zur Vermeidung von 27 Spitalaufnahmen bei insgesamt 134 Aufnahmen (entspricht einer Einsparung von 171 belegten Bettentagen und 214'839 AUD (Australischer Dollar)). Weitere 32 Betroffene konnten die Aufnahme auf der Notfallstation umgehen, 163 (entspricht 16.5%) vermieden einen ambulanten Kliniktermin. 48'284 AUD Einsparung durch Vermeidung von ambulanten Klinikterminen und Besuchen auf der Notfallstation. Geschätzte Nettoeinsparung von 136'535 AUD nach Abzug der Kosten für eine CED-Pflegefachperson.</p> <p>Verständlichkeit der Ergebnisse: Nur eine kleine Tabelle vorhanden, ansonsten nur Fliesstext, jedoch verständlich.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Der Kontakt via Telefon und E-Mail führte zu einer signifikanten Kostenersparnis. Vermehrte Nutzung durch Betroffene aus ländlichen Gebieten deutet daraufhin, dass die Pflegefachperson eine wichtige Rolle bei der Unterstützung in Gebieten mit begrenzter spezialisierter Infrastruktur spielen kann.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: CED-Pflegefachperson hatte innerhalb des spezialisierten Dienstes einen grossen Einfluss auf die Spitalaufnahme, Kliniknutzung und Anzahl Aufnahmen auf der Notfallstation. CED-Pflegefachpersonen sorgen für nachhaltige, direkte Kostensenkungen im Gesundheitswesen durch Reduzierung der Spitalaufnahmen und ambulanten Klinikbesuchen, führen zu besserem Patientenwissen, früherer Präsentation bei Fachpersonen und verbessern die Effizienz des Patientenmanagements.</p> <p>Limitationen: Verzerrungspotential der Daten durch Selbstberichterstattung der CED-Pflegefachperson. Schwierig zu sagen, welche Patientinnen und Patienten ohne die Rolle der CED-Pflegefachperson aufgenommen worden wären. Studie fokussiert nicht auf den positiven Effekt der erhöhten Einhaltung und verbesserten Überwachung der Medikation, den verbesserten Zugang zur Beratung und Entwicklung von Aktionsplänen.</p> <p>Vergleich mit Literatur, Schlussfolgerung/Praxistransfer: Ob die CED-Pflegefachpersonen einen zusätzlichen Nutzen für Fachkliniken bieten, bleibt umstritten. Die Intervention erfolgt grösstenteils über Telefon- und E-Mail-Kontakt. Dies ermöglicht einen flexibleren und patientenorientierten Ansatz und wird von Betroffenen als Ergänzung zur persönlichen Konsultation bevorzugt.</p>

Würdigung der Studie: Leach, P., De Silva, M., Mountifield, R., Edwards, S., Chitti, L., Fraser, R. J. L., & Bampton, P. (2014). The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 370-374. doi:10.1016/j.crohns.2013.09.018

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Ziele sind genau definiert. Vermutungen der Ergebnisse werden anhand bisheriger Literatur gemacht. Die Studie beantwortet einen wichtigen Teil der BA-Fragestellung, nämlich wie Pflegefachpersonen CED-Betroffene unterstützen könnten und inwiefern die Patientinnen und Patienten davon profitieren. Darüber hinaus werden Vorteile dieses Berufes für die Kosteneinsparnisse aufgezeigt.</p> <p>Bezugsrahmen: Das Thema wird im Kontext von vorhandener Literatur ausführlich dargestellt und der Forschungsbedarf sorgfältig begründet.</p>	<p>Design: Verbindung zwischen dem gewählten Design und dem Forschungsziel ist nachvollziehbar und logisch, wird von den Autorinnen und Autoren jedoch nicht vollständig begründet, nur die prospektive Datenerhebung und externe Kontrolle. Aussagen bezüglich der internen Validität werden teilweise gemacht. So werden Observerbias erwähnt. Performance- und Selektionsbias sind ebenfalls vorhanden, werden jedoch nicht erwähnt. Gefahren der externen Validität werden nicht beschrieben.</p> <p>Stichprobe: Ziehung ist angebracht, Studie hätte jedoch noch in anderen Kliniken durchgeführt werden können, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Stichprobe ist somit nur bedingt repräsentativ. Die Grösse ist zufällig gewählt und nicht begründet. Drop-Outs werden nicht als solche erwähnt. Eigentlich 83 Drop-Outs vorhanden, da diese Patientinnen und Patienten doch keine CED hatten. Es wird jedoch nicht beschrieben, wie diese in der Auswertung gehandhabt wurden. Daher auch unbekannt, welchen Einfluss dies auf die Ergebnisse hat.</p> <p>Datenerhebung: Beschrieben, welche Daten wo erhoben wurden, jedoch sind die genaue Erhebung und Berechnung nicht immer ersichtlich. Die Methode ist bei allen Teilnehmenden gleich. Es wird keine Aussage darüber gemacht, ob die Daten von allen Teilnehmenden komplett erhoben wurden.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Messinstrumente werden nicht beschrieben und ihre Auswahl nicht begründet. Mögliche Einflüsse auf die Interventionen werden nicht erwähnt, jedoch einige auf die Datenerhebung. Interventionen ungenau beschrieben, könnten so nicht wiederholt werden durch andere Forschende.</p> <p>Datenanalyse: Verfahren und Programme nicht genau beschrieben, jedoch welche Tests verwendet wurden. Die verwendeten Tests entsprechen den Datenniveaus, da die Variablen nur Nominalniveau haben müssen, dies ist gegeben. Statistische Angaben erlauben eine Beurteilung, das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ festgelegt, jedoch nicht begründet.</p> <p>Ethik: Keine Angaben. Nicht ersichtlich, ob Patientinnen und Patienten überhaupt informiert wurden. Keine Angaben bezüglich Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden.</p>	<p>Ergebnisse sind nicht vollständig aufgelistet, so sind z.B. die erfassten demographischen Patientinnen- und Patientendaten nirgends ersichtlich, auch nicht, welche Interventionen und wie häufig diese vorgenommen wurden. Tabellen sind vollständig beschriftet, jedoch keine Ergänzung, sondern Wiederholung des Textes. Einige Ergebnisse sind aufgrund mangelnder Beschreibung der Datenerhebung nicht vollständig nachvollziehbar.</p> <p>Es kann nicht belegt werden, dass die Verhinderungen von Einweisungen wirklich aufgrund der CED-Pflegefachpersonen waren. Dies könnte auch andere Gründe haben. Teilweise Inhalte vorhanden, die eigentlich in den Diskussionsteil gehören (z.B. Literaturvergleich bezüglich Kosten)</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Ergebnisse werden alle aufgegriffen und kritisch beurteilt. Interpretation und Resultate stimmen überein, teilweise werden jedoch Resultate diskutiert, die im Ergebnisteil nicht beschreiben sind. Z.B. eine höhere Nutzung des Dienstes von Patientinnen und Patienten aus nicht-Metropolengebieten im Vergleich zu Patientinnen und Patienten aus Stadtgebieten. Ergebnisse werden in Bezug auf die Fragestellung und anhand anderer Literatur diskutiert und verglichen. Ein Interessenskonflikt der Autorinnen und Autoren wird ausgeschlossen. Während der Studie wurde die CED-Pflegefachperson durch das General Practice Plus Programm finanziert.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Stärken und Schwächen werden aufgezeigt, jedoch nicht gegeneinander abgewogen. Limitationen werden diskutiert, nicht vollständig. Die Ergebnisse sind eine gute Grundlage für die Berufsentwicklung und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Sie bieten einen Anhaltspunkt für mögliche Interventionen durch Pflegefachpersonen zur Unterstützung von Betroffenen, die Interventionen können jedoch nicht direkt umgesetzt werden, da sie zu ungenau beschrieben sind. Auch wurde die Studie nur in einer Klinik durchgeführt, es kann sein, dass andere Pflegefachpersonen in anderen Ländern oder Institutionen aufgrund der Rahmenbedingungen diese Interventionen nicht durchführen können. Die Studie könnte in einem anderen Setting nicht wiederholt werden, da die Interventionen und Messverfahren sowie Auswertungsverfahren zu ungenau beschrieben sind.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Es wurden nur die Daten einer einzigen CED-Pflegefachperson erfasst. Dies erfolgte zudem durch sie selbst, jedoch mit dreimonatlicher externer Kontrolle. Quellen der Finanzierung sind dargestellt. Das Resultat ist nicht unabhängig von der messenden Person, da die Interventionen nicht standardisiert sind, jedoch wurden die Interventionen immer von der gleichen Person durchgeführt, was dem etwas entgegenwirkt. Soziale Interaktion zwischen der teilnehmenden und datenerfassenden Person wurde nicht geringgehalten, Gleichbehandlung der Patientinnen und Patienten kann nicht beurteilt werden.

→ gering bis mittel

Reliabilität: Methodisches Vorgehen beschrieben, jedoch nicht genau beschrieben, wie gemessen wurde, zum Teil auch unklar was gemessen wurde z.B. die Aussagen bezüglich der vermiedenen Aufenthalte. Wiederholung der Studie durch andere Forschende kaum möglich, Reproduzierbarkeit der Ergebnisse gering.

→ gering

Validität: Mehrere Störgrößen vorhanden, nicht alle werden erwähnt. Schwierig, deren Ausmass einzuschätzen. Aufgrund von nicht immer klar beschriebener Methodik schwierig zu sagen, wie zuverlässig das gemessen wird, was gemessen werden sollte. Externe Kontrollen wurden durchgeführt. Generalisierung der Ergebnisse nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen CED-Pflegefachpersonen möglicherweise andere Kompetenzen haben.

→ gering

Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie, qualitativer Teil: McDermott, E., Healy, G., Mullen, G., Keegan, D., Byrne, K., Guerandel, A., Forry, M., Moloney, J., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2018). Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12, 419-424. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx175

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/Phänomen: Informationen sind zugänglich, jedoch Glaubwürdigkeit und Gültigkeit schwer beurteilbar. Informationen für CED-Betroffene sind nach wie vor unzureichend, hohes Mass an Unzufriedenheit.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Edukationsbedürfnisse und -präferenzen von Patientinnen und Patienten mit CED erfassen, um die Entwicklung eines Patientenedukationsprogrammes zu erleichtern.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Patientenedukation wichtig in Gesundheitsversorgung und Optimierung der Patientenversorgung. Interesse an internetgestützter Edukation ist gestiegen, 84% nutzen Internet für medizinische Informationen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Die Konsensusrichtlinien der ECCO kommen zum Schluss, dass die Optimierung der Versorgungsqualität bei CED Informationen und Edukation erfordert. Es gibt kein standardisiertes Patientenedukationsprogramm für CED. Nur wenige Studien erfragten den Edukationsbedarf vor der Durchführung von Massnahmen. Informationen basieren oft auf Annahmen der Ärztinnen und Ärzte darüber, was Betroffene wissen wollen beziehungsweise müssen.</p>	<p>Design und Begründung: Patientenzentrierte, Mixed-Methods Studie. Grounded-Theory Ansatz. Ermöglicht einen patientenzentrierten Ansatz, die Ergebnisse zu verstehen und Schlüsse für den Praxistransfer zu ziehen.</p> <p>Population und Stichprobe: Patientinnen und Patienten, die an CED leiden. Zwölf Teilnehmende in drei verschiedenen Fokusgruppen, theoretisches Sampling, Alter zwischen 18-40 Jahren, unterschiedliche Krankheitsdauer. Einmalige Erhebung. Rekrutierung nicht beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Halbstrukturierte Fokusgruppeninterviews mit zwölf Teilnehmenden (drei Gruppen an je vier Personen. Einteilung erfolgte anhand der zu beantwortenden Fragen. Gruppe 1: zwei Patientinnen mit Morbus Crohn, zwei mit Colitis Ulcerosa. Gruppe 2: zwei Patienten mit Morbus Crohn, zwei mit Colitis Ulcerosa. Gruppe 3: zwei Patienten mit Morbus Crohn, zwei mit Colitis Ulcerosa, zwei Männer und zwei Frauen). Videoaufzeichnungen und Transkription. Danach qualitative Analyse zur Generierung von Hypothesen. Einbeziehung der CED-Betroffenen in die Entwicklung der Studie. Anschliessend Entwicklung eines Fragebogens (siehe AICA für quantitativen Teil).</p> <p>Methodologische Reflexion: Triangulation des Interviewenden und der Analyse, um Reliabilität und Validität zu verbessern. In allen Interviews wurden eine Pflegefachperson und ein Forschungsarzt eingesetzt, die Fragen und Rollen der Interviewenden wechselten sich ab.</p> <p>Datenanalyse: Triangulation. Überprüfung von Videoaufzeichnungen und Transkripten durch die Interviewenden und einen externen Psychologen, unabhängig voneinander. Arzt und Psychologe führten eine vollständige Grounded-Theory-Analyse durch.</p> <p>Ethische Fragen: Freiwillige Teilnahme. Ethische Genehmigung von 'St. Vincent's Healthcare Group Ethics' und dem 'Medical Research Committee' erteilt.</p>	<p>Ergebnisse: - Ziele der Edukation: Mehr über die Krankheit zu erfahren, um bessere Entscheidungen zu treffen, inkl. Medikamente, und zu wissen, was zu erwarten ist. Wie man sich um sich selbst kümmert – ein ganzheitlicherer Ansatz in Bezug auf Ernährung und Leben mit CED. - Edukation kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern durch: Wissen, wie man sich um sich selbst, Stress, Angst, Ernährung und Lebensstil kümmert. Edukation von Familienmitgliedern. - Gewünschte Art von Edukation: Grosse Variation der Präferenzen. Insgesamt: Auf Betroffene zugeschnittene Edukation, ganzheitlicher Ansatz (Selbstmanagement, Erwartungen, Ernährung, etc.), Familienedukation, abgestufte Ebenen der Edukation, Flyer, Internetseiten, kontrollierte Foren, Apps, Informationen nur bei Bedarf bekommen. - Gruppensitzung oder Workshop erwünscht: Gemischte Meinung. Ja: Bevorzugung von informellen Sitzungen, Vorträgen, gemischte Gruppen in Bezug auf Geschlecht und Krankheitsbild, aber Alter sollte ähnlich sein. Hinderungen: Angst vor peinlichen Situationen.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Fliesstext, geordnet nach Fragen und Kategorisierung der Antworten. Zitate der Teilnehmenden in Tabelle, geordnet nach Überthemen.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Präferenzen sind vielfältig, komplex und beinhalten mehrere Themen, die nicht im Mittelpunkt der traditionellen Edukation bei CED stehen. Dazu gehört, 'was zu erwarten ist', Ernährungsberatung und Familienedukation. Internet als beliebteste Quelle für allgemeine Informationen lässt sich dadurch erklären, dass ein typischer CED-Betroffener ein junger, starker Internetnutzer ist. Internet bietet Anonymität und einen einfachen Zugang, jedoch sind Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit fraglich.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Daten liefern Einblicke in die Bedürfnisse und Präferenzen und könnten zur Entwicklung eines formalen CED-Edukationsprogrammes verwendet werden.</p> <p>Limitationen: Genauer Wert von Patientenedukationsprogrammen ist schwer zu beurteilen und bestehende Literatur dazu umstritten. Bisher begrenzte Daten zu Patientenpräferenzen vorhanden. Vielfalt an Definitionen der Patientenedukation.</p> <p>Vergleich mit Literatur: Erste Studie, die Patientenedukation patientenzentriert, systematisch untersucht. Ergebnisse, die mit denen von vorhandener Literatur übereinstimmen: Ganzheitlicher Ansatz wird bevorzugt, Medikation, Ernährung und Leben mit CED stehen im Vordergrund. Edukation durch Fachpersonen am beliebtesten. Frauen sind weniger zufrieden mit Informationen aus dem Internet und von Ärztinnen oder Ärzten, dies könnte erklären, weshalb sie Peeredukation bevorzugen. Ergebnisse, die von denen der Literatur abweichen; Edukation verursacht gemäss dieser Studie kein Stress und keine Sorgen.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Präferenzen für Edukation umfassen Komponenten wie Erwartungshaltung und Ernährung. Betroffene scheinen dem Internet als Informationsquelle zu misstrauen. Patientenedukation sollte in den drei Varianten (Internet, Gruppenedukation, Edukation durch Fachpersonal) zu Verfügung stehen. Entwicklung von zuverlässigen Internetseiten und Verweisung von Betroffenen zu diesen werden empfohlen. Bereitstellung von Informationen ist ein wesentlicher Bestandteil der Optimierung der Versorgung und der Patientenedukation. Weitere Studien mit grösserem Einzugsgebiet und internationale Validierung wären wertvoll, um ein Konsens-Edukationsprogramm zu kreieren.</p>

Würdigung der Studie, qualitativer Teil: McDermott, E., Healy, G., Mullen, G., Keegan, D., Byrne, K., Guerandel, A., Forry, M., Moloney, J., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2018). Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12, 419-424. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx175

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Das Ziel ist klar definiert. Eine Frage wird nicht ausformuliert. Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflegepraxis, indem die Bedürfnisse der Betroffenen erfragt werden, was eine patientenzentrierte Edukation und somit bessere gesundheitliche Ergebnisse ermöglicht. Die Studie beantwortet einen wichtigen Teil der BA-Fragestellung, nämlich wie Pflegefachpersonen CED-Betroffene unterstützen können. Es wird zudem aufgezeigt, was der Profit von Patientenedukation ist.</p> <p>Bezugsrahmen: Die Relevanz des Themas wird mit vorhandener Literatur begründet und kurz diskutiert, das Thema wird logisch eingeführt</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem gewählten Design und dem Forschungsziel ist gut nachvollziehbar und logisch, wird von den Autorinnen und Autoren begründet. Aussagen bezüglich interner und externer Validität werden gemacht. So werden mögliche Störfaktoren erwähnt, Persönlichkeitsmerkmale erhoben, Fragebogen ist standardisiert, und auf die Generalisierung der Ergebnisse wird im Diskussionsteil eingegangen.</p> <p>Stichprobe: Ziehung (theoretisches Sampling) ist angebracht. Stichprobe ist für die Population repräsentativ, so werden Betroffene von Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, Männer und Frauen mit unterschiedlicher Erfahrung und Krankheitsdauer befragt. Unklar, inwiefern die Teilnehmenden vom Phänomen der unzureichenden Patientenedukation betroffen sind. Angaben über die Rekrutierung werden nicht gemacht. Daher nicht beurteilbar, inwiefern die Teilnehmenden als Informantinnen und Informanten für die Datenerhebung geeignet sind. Stichprobengröße wird nicht begründet, ist angebracht. Teilnehmende werden beschrieben, Setting nicht.</p> <p>Datenerhebung: Erhoben wurden Meinungen, persönliches Erleben, soziale Prozesse und demographische Daten. Vorgehensweise wird klar beschrieben. Datensättigung wird nicht diskutiert. Selbstbestimmung während Interview wird nicht diskutiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt. Keine Reflexion bezüglich Kongruenz von Ontologie und Epistemologie. Methodisches Vorgehen und Forschungsansatz stimmen überein.</p> <p>Datenanalyse: Vorgehen und die analytischen Schritte werden nachvollziehbar beschrieben, Analysemethode (Grounded-Theory-Analyse) wird jedoch nicht referenziert. Glaubwürdigkeit wurde sichergestellt mit Triangulation, Begleitung durch eine externe Person, unabhängig voneinander durchgeführte Analysen durch die Forschenden, Verwendung von Zitaten, Videoaufzeichnung, Peer-Debriefing beim Bilden von Themengruppen, Transkription. Analytische Entscheidungen sind nicht ersichtlich und dokumentiert.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen werden nicht genannt, jedoch wurde eine Genehmigung durch eine Ethikkommission und der St. Vincent's Healthcare Group Ethics' eingeholt. Teilnahme war freiwillig. Beziehungen zwischen Forschenden und Teilnehmenden werden nicht beschrieben.</p>	<p>Ergebnisse demonstrieren die Reichhaltigkeit der Daten, sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden, sind im Kontext verankert. Kategorien sind mit Zitaten illustriert und bestätigt und inhaltlich unterscheidbar. Die Kategorien beleuchten das Phänomen als Ganzes.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Interpretation leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen der Bedürfnisse in Bezug auf Patientenedukation sowie der Gewichtung der Bedürfnisse. Das Forschungsziel konnte insofern erreicht werden, dass Edukationspräferenzen von Betroffenen erfragt und aufgezeigt wurden. Die Daten helfen, die Entwicklung eines Edukationsprogrammes zu erleichtern. Ergebnisse der Interviews werden anhand von vorhandener Literatur diskutiert, jedoch nicht anhand von Zitaten von anderen Betroffenen. Pflegerelevanz der Aussagen wird diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Für das Entwickeln eines einheitlichen Edukationsprogrammes müssten noch mehr Interviews in anderen Settings und Ortschaften durchgeführt werden, um eine Datensättigung zu erreichen. Schlussfolgern spiegeln die Ergebnisse und lassen sich in der Praxis anwenden, vorausgesetzt die Pflegefachpersonen sind sich den Bedürfnissen während der Betreuung bewusst und haben die erforderlichen Kompetenzen sowie Ressourcen (z.B. spezialisierte Pflegefachpersonen in der Institution vorhanden, Gruppendukation möglich, Bereitstellung über Internet möglich, Pflegefachperson verfügt über das benötigte Wissen).</p>

Güte/ Evidenzlage:

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:	<p>Forschungsprozess wird beschrieben ausser Rekrutierung und Setting, einzelne Schritte der Analyse wurden jedoch nicht dokumentiert beziehungsweise sind nicht ersichtlich. Triangulation, Begleitung durch eine externe Person, unabhängig voneinander durchgeführte Analysen durch die Forschenden, Verwendung von Zitaten, Transkription, Videoaufzeichnung, Anwendung von Kodierverfahren, Peer-Debriefing beim Bilden von Themengruppen. Vorverständnis der Interviewenden wird nicht explizit dargelegt.</p> <p>→ mittel bis hoch</p>
Indikation:	<p>Methodenwahl, Samplingstrategie und Auswertung sind in Bezug auf die Fragestellung angemessen.</p> <p>→ hoch</p>
Empirische Verankerung:	<p>Ist vorhanden, Zitate werden aufgelistet. Keine subjektive Interpretation der Daten durch die Forschenden, Absicherung durch Kodierung und empirische Verankerung. Jedoch werden nicht zu allen Fragen Zitate aufgezeigt.</p> <p>→ mittel bis hoch</p>
Limitation:	<p>Grenzen der Verallgemeinerung werden dargestellt und Kontexte beschrieben, bis auf Setting der Durchführung der Interviews.</p> <p>→ mittel bis hoch</p>
Kohärenz:	<p>Die im Forschungsprozess entwickelten Theorien sind in sich schlüssig.</p> <p>→ hoch</p>
Relevanz:	<p>Die Ergebnisse zeigen Bedürfnisse von Betroffenen auf, um somit ein besseres Edukationsprogramm anbieten zu können und das patientenzentrierte Betreuen fördern zu können. Dadurch werden auch ökonomische Vorteile gezogen. Bisher kaum Daten über Edukationsbedürfnisse von CED-Betroffenen vorhanden. Pflegerelevanz und Relevanz für Betroffene ist hoch.</p> <p>→ hoch</p>
Reflektierte Subjektivität:	<p>Selbstbeobachtung durch die Forschenden fand nicht statt, persönliche Voraussetzungen und Beziehungen zu den Teilnehmenden wurde nicht reflektiert beziehungsweise wird im Text nicht erwähnt.</p> <p>→ gering</p>
Evidenzlage:	<p>Level 6, unterstes Level</p>

Zusammenfassung der Studie, quantitativer Teil: McDermott, E., Healy, G., Mullen, G., Keegan, D., Byrne, K., Guerandel, A., Forry, M., Moloney, J., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2018). Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12, 419-424. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx175

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/Phänomen: Informationen sind zugänglich, jedoch Glaubwürdigkeit und Gültigkeit schwer beurteilbar. Informationen für CED-Betroffene sind nach wie vor unzureichend, hohes Mass an Unzufriedenheit.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Edukationsbedürfnisse und -präferenzen von Patientinnen und Patienten mit CED erfassen, um die Entwicklung eines Patientenedukationsprogrammes zu erleichtern.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Patientenedukation wichtig in Gesundheitsversorgung und Optimierung der Patientenversorgung. Interesse an internetgestützter Edukation ist gestiegen, 84% nutzen Internet für medizinische Informationen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Die Konsensusrichtlinien der ECCO kommen zum Schluss, dass die Optimierung der Versorgungsqualität bei CED Informationen und Edukation erfordert. Es gibt kein standardisiertes Patientenedukationsprogramm für CED. Nur wenige Studien erfragten den Edukationsbedarf vor der Durchführung von Massnahmen. Informationen basieren oft auf Annahmen der Ärztinnen und Ärzte darüber, was Betroffene wissen wollen beziehungsweise müssen.</p>	<p>Design und Begründung: Patientenzentrierte, Mixed-Methods Studie. Grounded-Theory Ansatz mit halbstrukturierten Fokusgruppen. Ermöglicht einen patientenzentrierten Ansatz, die Ergebnisse zu verstehen und Schlüsse für den Praxistransfer zu ziehen.</p> <p>Population und Stichprobe: Patientinnen und Patienten, die an CED leiden und die an drei verschiedenen Universitätskliniken (zwei städtische, tertiäre Überweisungszentren, ein ländliches, allgemeines Universitätsklinikum) einen CED-Dienst besuchten. 327 wurden angefragt, 322 haben teilgenommen. Durchschnittsalter = 38 Jahre, durchschnittliche Krankheitsdauer = sieben Jahre, 49% männlich, 51% weiblich, 58% mit Morbus Crohn, 42% mit Colitis Ulcerosa.</p> <p>Datenerhebung: Anschliessend an Fokusgruppen Entwicklung eines quantitativen Fragebogens zur Erfassung der Edukationsbedürfnisse und -präferenzen. An Stichprobe verteilt. Einmalige Erhebung, keine verschiedenen Studiengruppen.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Fragebogen bestehend aus 64 Fragen über Inhalt, Medium und Ergebnisse eines Patientenedukationsprogrammes, Demographie, Mitgliedschaft in einer Patientenunterstützungsgruppe, Häufigkeit des aktuellen Informationszugangs, Lebensqualitätsskala, Wissensskala.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Geschlecht, Wohnort, Erkrankung, Familiengeschichte der CED, Mitgliedschaft Unterstützungsgruppe, Nutzung biologischer Behandlung, Auswirkungen auf Lebensqualität. Ordinal: Bildungsstand, Inhalt der Edukation, Medium der Edukation. Proportional: Alter, Krankheitsdauer, Anzahl In Anspruch genommene Dienste im Spital, Anzahl Informationennutzungen.</p> <p>Statistische Verfahren: Statistische Analyse mit SPSS v.20. Gewichtung der einzelnen Aussagen anhand von Medianen. Scatterplots im Pilotfragebogen. Mann-Whitney-U und Kruskal-Wallis-Tests. Rangkorrelationskoeffizient von Spearman. Lineare Regression. Multivariate Analyse. Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.</p> <p>Ethische Fragen: Teilnahme war freiwillig. Ethische Genehmigung wurde von 'St. Vincent's Healthcare Group Ethics' und dem 'Medical Research Committee' erteilt.</p>	<p>Ergebnisse: Teilnehmende waren am meisten interessiert daran, Edukation in den Bereichen „Medikation“, „Ernährung“, „was sie in der Zukunft erwarten könnte“ und „mit CED leben“, zu erhalten. Informationen über Operationen waren am wenigsten gefragt. 92% wollen in Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Sie glauben, Edukation könnte ihre Lebensqualität verbessern. Waren sich einig, dass das Lernen über Selbstmanagement wichtig ist (Medianwerte von 83 beziehungsweise 94 (Skala von 1-100)). Uneinigkeit, ob Stressverursachung durch Edukation. Internet als bevorzugte Quelle für allgemeine Informationen, für CED-Edukation aber die unbeliebteste. Trend, dass Frauen Peeredukation bevorzugen. Der einzig statistisch signifikante Faktor im Zusammenhang mit Informationspräferenzen ist die Familiengeschichte der CED (höhere Präferenz für Informationen falls CED in der Familiengeschichte vorhanden ist. $p=0.006$). Im Wesentlichen drei Gruppierungen: Informationen aus dem Internet oder Apps, von anderen Betroffenen oder Gruppen, von Fachkräften. Keine signifikanten Faktoren für Einteilung in eine der Gruppen vorhanden. Patientinnen und Patienten im ländlichen Spital wünschten mehr Informationen als jene der städtischen ($p=0.003$), bevorzugte Art jedoch gleich. -46% suchen jährlich, 36% monatlich, 15% wöchentlich, 3% täglich nach Informationen.</p> <p>Verständlichkeit der Ergebnisse: Gut verständlich. Ergänzende, tabellarische Darstellung zum Fliesstext.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Teilnehmende aus dem ländlichen Spital wollten mehr Informationen, es ist jedoch schwer, den Einfluss mehrerer Faktoren wie Geographie und Dienstleistungen des Spitals herauszufiltern, da dieses Spital als einziges der drei keine hauptberufliche CED-Pflegefachperson hatte. Internet als beliebteste Quelle für allgemeine Informationen lässt sich dadurch erklären, dass ein typischer CED-Betroffener ein junger, starker Internetnutzer ist.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Daten liefern Einblicke in die Bedürfnisse und Präferenzen und könnten zur Entwicklung eines formalen CED-Edukationsprogrammes verwendet werden.</p> <p>Limitationen: Nicht alle Spitäler haben eine hauptberufliche CED-Pflegefachperson. Vielfalt an Definitionen der Patientenedukation. Studie beschränkt sich nur auf Betroffene, die im Spital behandelt werden.</p> <p>Vergleich mit Literatur: Erste Studie, die Patientenedukation anhand einer patientenzentrierten Studie systematisch untersucht. Ergebnisse, die mit denen von vorhandener Literatur übereinstimmen; ganzheitlicher Ansatz wird bevorzugt, Medikation, Ernährung und Leben mit CED stehen im Vordergrund. Edukation durch Fachpersonen am beliebtesten. Ergebnisse, die von denen der Literatur abweichen; Edukation gemäss dieser Studie nicht stressverursachend.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Edukation sollte via Internet, Gruppenedukation und durch Fachpersonal zu Verfügung stehen. Entwicklung von zuverlässigen Internetseiten und Verweisung von Betroffenen zu diesen werden empfohlen. Studie zur Prüfung der Korrelation zwischen Edukation und Stress empfohlen. Bereitstellung von Informationen ist ein wesentlicher Bestandteil der Optimierung der Versorgung. Weitere Studien mit grösserem Einzugsgebiet und internationale Validierung wären wertvoll, um ein Konsens-Edukationsprogramm zu erstellen.</p>

Würdigung der Studie, quantitativer Teil: McDermott, E., Healy, G., Mullen, G., Keegan, D., Byrne, K., Guerandel, A., Forry, M., Moloney, J., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2018). Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12, 419-424. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx175

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Das Ziel ist klar definiert. Eine Frage wird nicht ausformuliert. Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflegepraxis, indem die Bedürfnisse der Betroffenen erfragt werden, was eine patientenzentrierte Edukation und somit bessere gesundheitliche Ergebnisse ermöglicht. Die Studie beantwortet einen wichtigen Teil der BA-Fragestellung, nämlich wie Pflegefachpersonen CED-Betroffene unterstützen können. Es wird zudem aufgezeigt, was der Profit von Patientenedukation ist.</p> <p>Bezugsrahmen: Die Relevanz des Themas wird mit vorhandener Literatur begründet und kurz diskutiert, das Thema wird logisch eingeführt.</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem gewählten Design und dem Forschungsziel ist gut nachvollziehbar und logisch, wird von den Autorinnen und Autoren begründet. Aussagen bezüglich interner und externer Validität werden gemacht. So werden mögliche Störfaktoren erwähnt, Persönlichkeitsmerkmale erhoben, Fragebogen ist standardisiert, und auf die Generalisierung der Ergebnisse wird im Diskussionsteil eingegangen.</p> <p>Stichprobe: Ziehung ist angebracht, fand an unterschiedlichen Orten statt. Stichprobe ist nur repräsentativ für Betroffene, die im Spital behandelt werden. Verschiedene Einzugsgebiete (ländlich und städtisch) erhöhen Übertragbarkeit. Stichprobengrösse ist zufällig gewählt und wird nicht begründet, ist angemessen. Es gab keine Drop-Outs, fünf von den Angefragten haben nicht teilgenommen. Nicht alle füllten den Fragebogen vollständig aus, ihre Daten wurden aber dennoch verwendet. Nicht vollständig erfasste Bereiche sind gekennzeichnet und es wird aufgezeigt, wie viele Angaben fehlen.</p> <p>Datenerhebung: Ist nachvollziehbar. Die Methode ist bei allen Teilnehmenden gleich. Die Daten sind nicht von allen Teilnehmenden komplett, einige haben nicht alle Bereiche ausgefüllt. Zuerst Durchführung einer Pilot-Umfrage.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Messinstrument ist reliabel, Messung kann jederzeit wiederholt werden. Kompletter Fragebogen ist im zusätzlichen Anhang ersichtlich. Nachvollziehbar und replizierbar. Bestehendes Restrisiko, dass der Fragebogen nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt wurde. Validität: Bias werden erwähnt, jedoch nicht als solche benannt. Ergebnisse lassen sich nicht auf alle Länder übertragen. Mit Fragebogen wird das gemessen, was zur Zielerreichung der Studie gemessen werden muss, jedoch kann es sein, dass noch andere Bedürfnisse vorhanden sind, die auf dem Fragebogen nicht zur Auswahl standen. Auswahl des Instrumentes wird nicht begründet. Auf mögliche Einflüsse der geographischen Lage und institutionsbedingten Faktoren wird im Diskussionsteil eingegangen.</p> <p>Datenanalyse: Verfahren werden nicht genau beschrieben, nur welche Tests und Programme verwendet wurden. Angemessenheit der Software kann nicht beurteilt werden. Ob die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus entsprechen, kann nicht vollständig beurteilt werden, da nicht vollständig beschrieben wird, mit welchen Tests welche Daten ausgewertet wurden. Je nachdem für welche Variablen sie eingesetzt wurden, ist es möglich, dass alle Tests dem Datenniveau der Variablen entsprechen. Statistische Angaben erlauben nur bedingt eine Beurteilung, Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen werden nicht genannt, jedoch wurde eine Genehmigung durch eine Ethikkommission und der St. Vincent's Healthcare Group Ethics' eingeholt. Teilnahme war freiwillig. Beziehungen zwischen Forschenden und Teilnehmenden werden nicht beschrieben.</p>	<p>Ergebnisse werden genau beschrieben und aufgelistet. Tabellen sind vollständig beschriftet, ausser das Signifikanzniveau wurde nicht festgelegt. Tabellen und Grafiken sind ergänzend zum Text.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Ergebnisse werden vollständig diskutiert. Interpretation und Resultate stimmen überein. Ergebnisse werden in Bezug auf das Forschungsziel und anhand von anderer Literatur diskutiert und verglichen. Finanzierung der Studie wird angegeben. Keine Interessenskonflikte gemäss Autorinnen und Autoren. Hinweis, dass weitere Daten zur Studie online abrufbar sind.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Die Studie ist sinnvoll, um sich möglichen Bedürfnissen der Betroffenen in Bezug auf Edukation bewusst zu werden und häufige Bedürfnisse zu kennen. Sie dient der Verbesserung der Patientenedukation. Limitationen werden beschrieben und mit den Stärken aufgewogen. Die Ergebnisse sind von Pflegefachpersonen in der Praxis umsetzbar, vorausgesetzt, die Pflegefachpersonen sind sich den Bedürfnissen während der Betreuung bewusst und haben die erforderlichen Kompetenzen sowie Ressourcen (z.B. spezialisierte Pflegefachpersonen in der Institution vorhanden, Gruppenedukation möglich, Bereitstellung über Internet möglich, Pflegefachperson verfügt über das benötigte Wissen). Umfrage wäre in einem anderen klinischen Setting wiederholbar, allenfalls müsste die Sprache angepasst werden.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse sind unabhängig von der Situation und der Versuchsleitung. Soziale Interaktion zwischen Forschenden und Teilnehmenden ist gering. Das Messinstrument/Durchführung der Studie und die Auswertung der Ergebnisse sind standardisiert. Quelle der Finanzierung wird angegeben.

→ hoch

Reliabilität: Wiederholung der Umfrage mittels Fragebogen durch andere Forschende ist jederzeit möglich. Die Ergebnisse sind reproduzierbar, verändern sich aber allenfalls im Laufe der Jahre oder in anderen Ländern. Hohe Zuverlässigkeit des Fragebogens, ausser, dass möglicherweise Bedürfnisse, die nicht zur Auswahl standen, vorhanden sind oder wenn allenfalls falsche Angaben gemacht werden. Methode ist genau beschrieben, Fragebogen ist komplett im Anhang ersichtlich.

→ hoch

Validität: Mit dem gewählten Messinstrument wird das gemessen, was gemessen werden sollte. Störgrössen werden diskutiert und beachtet, z.B. der Einfluss des Settings. Daher wurden drei verschiedene Spitäler mit unterschiedlichem Einzugsgebiet (städtisch, ländlich) ausgewählt. Weitere Störgrösse ist, dass ein Spital keine hauptberufliche CED-Pflegefachperson hatte (Performance Bias). Gewählte Methodik ist passend zur Zielsetzung. Generalisierung der Ergebnisse nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen andere Angebote gemacht werden beziehungsweise andere Bedürfnisse vorliegen. Sonst valide Studie.

→ mittel

Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie: Mikocka-Walus, A., Andrews, J.M., Rampton, D., Goodhand, J., Van der Woude, J., & Bernstein, C.N. (2014). How can we improve models of care in inflammatory bowel disease? An international survey of IBD health professionals. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 1668-1674. doi:10.1016/j.crohns.2014.07.009

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem/ Phänomen: Lückenhafte Behandlungs- und Betreuungsansätze für Betroffene von CED.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Sammeln von Meinungen, wie bestehende Modelle für die CED-Behandlung umgestaltet oder eingesetzt werden können.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Unbekannte Ätiologie von CED, vermutet werden Faktoren wie Umwelteinflüsse, Genetik und deregulierte Immunantwort. Psychoneuroimmunologisches Konzept zeigt Einfluss von Psyche auf entzündliche Läsionen auf. Eingeschränkte Lebensqualität aufgrund chronischer und unheilbarer Krankheit. Psychische Symptome bleiben weitgehend unbehandelt.</p> <p>Hypothese: Behandlung von Stress und Depression wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf von CED aus. Derzeitig verwendetes biomedizinisches Pflegemodell sei den Bedürfnissen der CED-Betroffenen nicht angepasst. Ein integriertes Pflegemodell würde verbesserte klinische, psychosoziale und kosteneffektive Konditionen zur Folge haben.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Forschungsdaten für Pflegemodelle für CED-Betroffene sind nur sehr wenig vorhanden.</p>	<p>Design und Begründung: Online Mixed-Methods Querschnittsstudie.</p> <p>Population: Gesundheitsfachpersonen, davon 76 (56%) weiblich, Durchschnittsalter 44 Jahre (23-69 Jahre), 50% spezialisierte Gastroenterologinnen und -enterologen, 34% Pflegefachpersonen, 8% Psychologinnen und Psychologen, 4% Ernährungsberatende und 1% Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Aus Vereinigtes Königreich, Australien, Niederlande und USA. Seit neun Jahren nach Abschluss tätig bei CED-Behandlung und 60% der klinischen Zeit Beteiligung an CED-Betroffenen.</p> <p>Stichprobe: Mitglieder der ECCO, CED-Praktizierende des australischen sowie britischen Pflege-Netzwerks, Mitglieder der British Society of Gastroenterology, kanadische CED-Praktikerinnen und -Praktiker und weitere den Forschenden bekannte CED-Expertinnen und Experten per E-Mail eingeladen. Schneeballmethodik als Rekrutierung an die obengenannte Population, abhängig von den Forschenden.</p> <p>Datenerhebung: Die erste anonyme Befragung im Royal Adelaide Hospital mit fünf CED-Gesundheitsfachperson als Pilotversuch. Danach Anpassung der Fragestellungen. Umfrage danach per E-Mail an obengenannte Population versendet. Verschiedene Frageformate wie Single-Choice, Multiple-Choice and offene Fragen, es bestand die Möglichkeit Fragen auszulassen, um Falschergebnisse zu vermeiden.</p> <p>Messverfahren und Interventionen: Verwendung von Survey Monkey als anonymes Umfrageformular, um vertraulichen Zugriff und vereinfachte Datenanalyse zu ermöglichen.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Geschlecht, Tätigkeiten Ordinal: Beruf, Land, Pflegemodell Proportional: Alter</p> <p>Statistische Verfahren: Deskriptive Statistik, Analyse der Antworten mit Inhaltsanalyse.</p> <p>Ethische Fragen: Genehmigt von der Royal Adelaide Hospital Research Ethics Committee und von Human Ethics Committee der University of South Australia.</p>	<p>Ergebnisse: 161 Gesundheitsfachpersonen nahmen an der Umfrage teil, 159 gaben ihre Zustimmung. 24 davon haben die Umfrage nicht ausgefüllt, somit wurden Ergebnisse von 135 Befragten analysiert. Kontakt mit durchschnittlich 32 CED-Betroffenen pro Woche, 81 der Teilnehmenden (60%) sind zusätzlich in der Ausbildung tätig. Das Setting beschränkte sich auf verschiedene Akutspitäler. 105 (78%) nehmen regelmässig an CED-Fachsitzungen teil. 44% verwenden elektronische Datenbanken zur Überwachung der Patientenergebnisse, wobei der Grossteil Forschung betreibt. 56% der CED-Dienstleistungen bieten regelmässige Patientenschulungen an. Als unerlässlich für eine hochwertige CED-Behandlung werden Gastroenterologinnen und -enterologen, CED-Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen und Ernährungsberatende angegeben. 72% der CED-Dienste halten regelmässige multidisziplinäre Sitzungen ab. CED-Pflegefachpersonen werden als Anbietende von direkter Patientenversorgung, erster Patientenkontaktpunkt, Beratende, Unterstützende in Medikamentenmanagement und Schmerzmanagement, Anbietende von sozialer Unterstützung beschreiben. 51% stellen sich ein idealer CED-Service in einer spezialisierten Klinik vor.</p> <p>Pflegemodelle: 73 (54%) wenden das integrierte Pflegemodell in der Praxis an. Mehrheit arbeitet mit Mischung aus biomedizinischen und biopsychosozialen Ansätzen, viele arbeiten mit dem biopsychosozialen Modell und nur wenige mit ausschliesslich dem biomedizinischen Modell. 65% haben psychische Gesundheitsprüfung in der Standard-CED-Behandlung integriert. Mehrheit äussert positive Einstellung gegenüber Komplementärmedizin kombiniert mit Pflege.</p>	<p>Interpretation Ergebnisse: Zugang zu Psychologinnen und Psychologen eingeschränkt, obwohl psychische Symptome den Krankheitsverlauf klar negativ beeinflussen kann und zu erhöhten Gesundheitskosten führt. Erfassung der psychischen Störungen wie Angst und Depression erfolgt informell und ohne Screening-tool.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Bestehendes Potential zur Verbesserung der derzeitigen Modelle und Bedürfnis zu besserem Zugang psychologischer Betreuung.</p> <p>Limitationen: Unbekannte Rücklaufquote (da Schneeballmethode), wahrscheinliche Teilnahmepräferenz (nur interessierte oder enttäuschte Teilnehmende), Vertrauen auf Selbstbericht, Englische Sprache (Hindernis, Missverständnisse), Befragte nur in Akutspitäler.</p> <p>Schlussfolgerung/ Praxistransfer: Nur wenige Studien haben bisher Versorgungsmodelle bei CED-Betroffenen untersucht. Weitverbreitet ist der biomedizinische Ansatz, welcher mehr auf Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet ist. Jedoch sollte angestrebt werden, die CED-Betroffenen in die Entscheidungsfindung und Behandlungsverlauf miteinzubeziehen. E-Health verbessere die Lebensqualität. Pflegefachpersonen gelten als Anbietende von psychosozialer Unterstützung, was zu einem erhöhten Pflegeaufwand beiträgt. Weitere Aufgaben: Bereitstellung direkter Patientenbetreuung, Medikation, Verwaltungsaufgaben, erste Anlauf- und Kontaktstelle für Betroffene. Empfehlung von einfacher Screening-Methode in der Praxis mit drei Fragen zur psychischen Verfassung der Betroffenen.</p>

Würdigung der Studie: Mikocka-Walus, A., Andrews, J.M., Rampton, D., Goodhand, J., Van der Woude, J., & Bernstein, C.N. (2014). How can we improve models of care in inflammatory bowel disease? An international survey of IBD health professionals. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 1668-1674. doi:10.1016/j.crohns.2014.07.009

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Unklar, welche bestehenden Pflegemodelle gemeint sind, unzureichende Darstellung der Thematik, pflegerische Relevanz im theoretischen Hintergrund und Hypothese sind begründet.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Wird beschrieben und Forschungsbedarf aufgezeigt.</p>	<p>Design: Forschungsfrage scheint passend zu einer Mixed-Methods Studie. Keine Begründung der Wahl des Forschungsdesign. Quantitativer Teil nachvollziehbar, jedoch kein qualitativer Teil ersichtlich.</p> <p>Stichprobe: Stichprobe steht in Abhängigkeit von Forschenden, unklare Auswahl der Länder. Stichprobe und Rekrutierung ausführlich beschrieben. Zur Qualitätssicherung wurden Interviewfragen an Gesundheitsfachpersonen getestet. Repräsentative Stichprobe für Zielpublikum. Etwas geringe Stichprobengrösse für internationalen Vergleich. Keine Erstellung von Vergleichsgruppen, Zusammentragung von Daten. Drop-Outs werden mit Begründung transparent dargestellt.</p> <p>Datenerhebung: Kurz beschrieben, nachvollziehbar, Gleichstellung aller Teilnehmenden. Anonyme Datenerhebung.</p> <p>Messverfahren und Interventionen: Nicht genau beschriebene Messinstrumente. Inhalt der erhobenen Daten und Anwendung unterschiedlicher Frageformen werden beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: Darstellung in deskriptiven Statistiken, unklare Beschreibung der konkreten Analyse des quantitativen Teils. Signifikanzniveau wird nicht genannt.</p> <p>Ethik: Studie von Ethikkomitee genehmigt. Keine Diskussion über ethische Fragen.</p>	<p>Präzise Angaben zu quantitativen Ergebnissen, Angaben in Prozentanteil. Anwendung von übersichtlichen Tabellen und Statistiken (Kuchendiagramm) und Ergänzungen im Text. Ergebnisse des qualitativen Teils nur sehr oberflächlich beschrieben, keine dargestellten Zitate oder illustrierten Antworten.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Besonders die quantitativen Ergebnisse der Umfrage werden erläutert und diskutiert. Bezug auf theoretischen Hintergrund und Bezug auf frühere Studien und Hypothese. Alternative Erklärungen werden diskutiert. Kein Bezug auf die qualitativ erhobenen Daten.</p> <p>Limitationen: Einbezug von ausschliesslich CED-interessierten Gesundheitsfachpersonen, mögliche Verzerrung der Ergebnisse, da keine zufällige Stichprobe, nicht reliable qualitative Daten da Umfragestudie, Einschränkung durch die englische Sprache.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Praxistransfer wird erläutert und diskutiert, jedoch nicht konkret oder detailliert aufgezeigt. Einzelne Vorschläge (beispielsweise: Drei-Fragen-Mental-Health-Screening) werden zur Umsetzung illustriert, Stärken und Schwächen der Studie werden erläutert.</p>

Güte/ Evidenzlage:

- Objektivität: Nicht beurteilbar, inwiefern die Teilnehmenden die gleichen Bedingungen hatten, da es eine online-Umfrage war. Standardisierte Datenerhebung und Datenauswertung. Unklar dargestelltes und schwach begründetes Studiendesign.
→ mittel
- Reliabilität: Zuverlässigkeit der anonymen Umfragebögen vorhanden, Messinstrument nicht vollständig aufgezeigt, restliche Datenerhebung klar. Datenanalyse wird nicht ausführlich beschrieben. Reproduzierbarkeit der Ergebnisse durch andere Forschende folglich nur bedingt möglich.
→ mittel
- Validität: Bedingt geeignete Auswahl des Studiendesigns, nicht kongruent mit Ergebnissen und Darstellung. Es wird das gemessen, was gemessen werden soll. Verzerrungen werden diskutiert und berücksichtigt, Einflussfaktoren erhoben. Generalisierbarkeit wird diskutiert und ist nur bedingt möglich.
→ mittel
- Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Zusammenfassung der Studie: O'Connor, M., Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., & Van der Woude, C. J. (2014). N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 1300-1307. doi:10.1016/j.crohns.2014.03.012

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem: Der Unterschied der Rollen der CED-Pflegefachpersonen in den einzelnen Ländern Europas und in Institutionen innerhalb der Länder ist gross.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Erheben der aktuellen Pflegepraxis in der Betreuung von Menschen mit CED in Europa. Die Resultate sollen Klarheit über aktuelle Positionen der Pflegefachpersonen in Europa in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit CED geben, um engere Zusammenarbeit, Edukation und Forschung zu ermöglichen und die Betreuung zu verbessern.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: CED-Pflegefachpersonen bieten Unterstützung via Telefon, Fallmanagement bei klinischer Beurteilung, Unterstützung der Betroffenen während der Diagnosestellung und Behandlung, Koordination sicherer Umgang mit Medikamenten und anderen Therapien, Durchführung von Untersuchungen, Entwickeln Strategien fürs Selbstmanagement, Edukation, Forschung und Entwicklung des Service. Aufgaben der Pflegefachpersonen sind von Land zu Land unterschiedlich. Die Mitarbeit von CED-Pflegefachpersonen in der Betreuung von CED-Betroffenen ist sehr bedeutsam.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf: Die Rolle der CED-Pflegefachpersonen ist fundamental für gute Dienstleistungen an CED-Betroffenen und hat sich im multidisziplinären Team gut etabliert. CED-Pflegefachpersonen haben einen breiten Aufgabenbereich.</p>	<p>Design: Quantitative Studie. Deskriptives, beobachtendes Design.</p> <p>Population: Pflegefachpersonen, die Patientinnen und Patienten mit CED betreuen.</p> <p>Stichprobe: Pflegefachpersonen, die die N-ECCO Schule und das N-ECCO Treffen zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) in Barcelona, Spanien, besuchten. 220 zur Teilnahme angefragt, 192 haben mitgemacht. Keine verschiedenen Studiengruppen, keine Randomisierung.</p> <p>Datenerhebung: Einmalig, schriftlich: Fragebogen verteilt an alle Pflegefachpersonen, die die N-ECCO Schule und das N-ECCO Treffen zum Zeitpunkt der Erhebung besuchten. Zuvor wurde die Umfrage in einer Pilot-Studie durchgeführt und anschliessend angepasst.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Umfrage mit 11 Fragen, aufgeteilt in 3 Teile: 'demografische Daten', 'Bildungsstand', sowie 'Rolle, Tätigkeiten, Autonomielevel/ Verantwortung' der Befragten.</p> <p>Datenniveau der Variablen: Nominal: Berufsbezeichnung, Geschlecht, Herkunft, Ausbildungsmöglichkeiten im Land, Arbeitsgebiet, Aufgaben/Rollen, Kontaktbereich mit den Patientinnen und Patienten, Verantwortungsbereich, Tätigkeit mit Erlaubnis von Ärztin oder Arzt vs. eigenständig. Ordinal: Bildung, Alter, Arbeitsdauer, Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten pro Woche.</p> <p>Statistische Verfahren: Verwendung von Parametern und Mann-Whitney-U-Test mit der Software "Stata 12". Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.</p> <p>Ethische Fragen: Keine Angaben. Teilnahme war freiwillig.</p>	<p>Ergebnisse: Sieben Teilnehmende haben ihre Nationalität nicht angegeben, zehn kamen von ausserhalb Europas. 91% weiblich, 23 verschiedene Länder vertreten. Die meisten sind zwischen 30-40 und 41-50 Jahre alt. 78% arbeiten in einem Spital, 17% im akademischen Zentrum, bei 5% ist der Arbeitsplatz unbekannt. Die Pflegefachpersonen arbeiteten mit Erwachsenen, Kindern, in der Forschung, gaben keinen Bereich oder mehrere an. Meistens haben sie direkten Kontakt mit den Betroffenen (90%). 75% haben telefonischen Kontakt, 32% im Rahmen der Forschung. 82% stellen telefonische Beratung zur Verfügung. 81% koordinierten den Zugang zu Therapien, davon führten 63% diese Therapien auch selbst durch. 21% machten endoskopische Untersuchungen, 70% Patientenedukationen. 45% machten Edukationen bei Mitarbeitenden. Viele Pflegefachpersonen hatten mehrere Aufgaben. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen dürfen eigenständig den Zustand der Patientin oder des Patienten beurteilen, Ratschläge über das Krankheitsmanagement geben, Informationen über CED geben, Medikamentenmanagement besprechen, Patientinnen und Patienten über chirurgische Möglichkeiten und über Untersuchungsergebnisse informieren. Dies ist abhängig vom Bildungsstand, dem Arbeitsort und der Berufserfahrung. Vor allem von der Berufserfahrung ($p < 0.01$). Die Minderheit der Pflegefachpersonen passt die Medikamenten Dosierung selbständig anhand von Richtlinien an. 20% haben einen Kurs besucht, weshalb sie nun selbständig Medikamente verschreiben dürfen.</p> <p>Verständlichkeit der Ergebnisse: Mehrheitlich verständlich, in Textform und zusätzlich tabellarisch. Teilweise unklar, auf welche Gesamtmenge sich die Prozentzahlen beziehen.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Bestätigung der breiten Palette an Rollen, Verantwortlichkeit und Autonomielevel der CED-Pflegefachpersonen in Europa. Die Aufgaben sind abhängig vom Edukationslevel und der Berufserfahrung sowie dem Land und dessen Gesetze. Unterschiedliche Bildungssysteme. Pflegefachpersonen mit Masterabschluss sind in mehr in der Lage, evidenzbasiert arbeiten zu können und bieten ein höheres Behandlungslevel.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage: Die Aufgaben der Pflegefachpersonen in Europa werden aufgezeigt. Jedoch nicht ersichtlich, ob damit auch die Zusammenarbeit, Edukation und Betreuung verbessert werden können.</p> <p>Limitationen: Selektionsbias. Nur Pflegefachpersonen, die die N-ECCO Schule und das Treffen im Jahr 2012 besuchten, nahmen teil → wenig repräsentativ. Pflegefachpersonen in Ländern, die keine unabhängigen Aufgaben haben, sind nicht vertreten, aufgrund der gewählten Form der Datenerhebung. Innerhalb der Umfragen konnten Pflegefachpersonen, die keine eigenständigen Ratschläge und Patienteneinschätzungen machen, nicht identifiziert werden. Die Umfrage liess keine eigenen, präzisen Angaben bezüglich des Arbeitsgebietes zu, was eine klare Rollendefinition und Korrelation mit der Verantwortung ermöglicht hätte. Arbeitssetting nicht erhoben.</p> <p>Vergleich mit Literatur: Die Wichtigkeit von CED-Pflegefachpersonen nimmt zu. Zunahme kann sein, aufgrund von Veränderungen des Gesundheitssystems und wegen Kampagnen von Betroffenen. Der Aufgabenbereich hängt stark mit den Fähigkeiten der Pflegefachpersonen zusammen. Die Berufserfahrung hat einen grösseren Einfluss auf den Aufgabenbereich als der Bildungsstand.</p> <p>Schlussfolgerung/Praxistransfer: Ein Verständnis über die Rolle der Pflegefachpersonen in der Betreuung von CED-Betroffenen in Europa konnte gewonnen werden. Die Umfrage zeigt, dass die Rolle von Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Settings ist, komplexes Management benötigt wird, signifikant viele CED-Betroffene von Pflegefachpersonen mit autonomen Aufgaben betreut werden. Es sollte noch der Unterschied der Verantwortung und des Bildungsstands in den verschiedenen Ländern erforscht und verglichen werden.</p>

Würdigung der Studie: O'Connor, M., Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., & Van der Woude, C. J. (2014). N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8, 1300-1307. doi:10.1016/j.crohns.2014.03.012

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Frage beziehungsweise Ziel sind genau definiert. Eine Vermutung, für was die Ergebnisse gut sein könnten, wird erwähnt. Die Studie beantwortet einen relevanten Teil der BA-Fragestellung, nämlich was Pflegefachpersonen in der Betreuung von CED-Betroffenen tun können. Jedoch wird der Profit/Ausmass der Unterstützung für die Patientinnen und Patienten nicht aufgezeigt. Für die Berufspraxis, ist es förderlich zu wissen, was für Aufgaben möglich sind und was in anderen Ländern getan wird.</p> <p>Bezugsrahmen: Das Thema wird im Kontext von vorhandener Literatur dargestellt, jedoch nur wenig/kurz.</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem gewählten Design (Umfrage) und der Forschungsfrage/-ziel ist gut nachvollziehbar und logisch, wird von den Autorinnen und Autoren jedoch nicht erwähnt und begründet. Aussagen bezüglich interner und externer Validität werden gemacht. So werden Selektionsbias erwähnt, Persönlichkeitsmerkmale erhoben, Umfrage ist standardisiert, und auf die Generalisierung der Ergebnisse im Diskussionsteil eingegangen.</p> <p>Stichprobe: Ziehung ist angebracht, hätte jedoch noch an anderen Orten stattfinden können, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Stichprobe ist somit nur bedingt repräsentativ. Die Grösse ist zufällig gewählt und wird nicht begründet. Es gab keine Drop-Outs, 28 von den Angefragten haben nicht teilgenommen. Nicht alle füllten den Fragebogen vollständig aus, ihre Daten wurden aber dennoch verwendet.</p> <p>Datenerhebung: Ist nachvollziehbar. Die Methode ist bei allen Teilnehmenden gleich. Die Daten sind jedoch nicht von allen Teilnehmenden komplett, einige haben nicht alle Bereiche ausgefüllt. Zuerst elektronische Umfrage als Pilot-Studie durchgeführt, um definitive Umfrage zu optimieren.</p> <p>Messverfahren und/oder Intervention: Messinstrument ist reliabel, Messung kann jeder Zeit wiederholt werden. Kompletter Fragebogen ist im Anhang ersichtlich. Nachvollziehbar und replizierbar. Bestehendes Restrisiko, dass der Fragebogen nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt wurde. Einige Daten konnten nicht exakt angegeben werden, sondern nur ungefähr, z.B. das Alter oder die Berufserfahrung (nominale statt proportionaler Erhebung). Es konnten keine eigenen Angaben bezüglich Aufgaben gemacht werden, somit sind die erhobenen Daten möglicherweise nicht vollständig.</p> <p>Validität: Bias werden erwähnt. Ergebnisse lassen sich nicht auf alle Länder übertragen. Mit Fragebogen wird das gemessen, was zur Beantwortung der Frage gemessen werden muss, jedoch kann es sein, dass noch andere Aufgaben erledigt werden, die nicht zur Auswahl standen auf dem Fragebogen. Auswahl des Instrumentes wird nicht begründet. Als Einflüsse werden nur die Selektionsbias erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Verfahren werden nicht genau beschrieben, nur welche Tests und Programme verwendet wurden. Angemessenheit der Software kann nicht beurteilt werden. Mann-Whitney-U-Test ist passend, da für Daten verwendet wurde, die nicht normalverteilt sind und die Variablen nur Ordinalniveau haben müssen. Allgemein ging es mehr um eine Sammlung von Aufgaben, nicht um den Vergleich der Daten. Statistischen Angaben erlauben kaum eine Beurteilung, Signifikanzniveau wurde nicht festgelegt.</p> <p>Ethik: Keine Angaben. Teilnahme war freiwillig.</p>	<p>Ergebnisse werden genau aufgelistet und beschrieben. Tabellen sind vollständig beschriftet, ausser das Signifikanzniveau wurde nicht festgelegt. Tabellen und Anhang sind ergänzend zum Text.</p>	<p>Diskussion und Interpretation Ergebnisse: Ergebnisse werden fast vollständig diskutiert. Z.B. fehlend sind Diskussionen im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Auch werden keine Angaben bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Ländern und Aufgaben der Pflegefachpersonen gemacht. Interpretation und Resultate stimmen überein. Ergebnisse werden in Bezug auf die Fragestellung und anhand von anderer Literatur diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung und Praxistransfer: Studie ist sinnvoll, um Aufgabenbereiche zu erheben und erweitern. Gut für die Berufsentwicklung, Verbesserung des Services und der Forschung. Limitationen werden diskutiert. Die Ergebnisse sind nicht direkt von Pflegefachpersonen umsetzbar. Sie zeigen aber, welche Kompetenzen und Voraussetzungen Pflegefachpersonen haben sollen und sind eine gute Grundlage für die Berufsentwicklung. Für die Umsetzung der Tätigkeiten, ist die Erlaubnis der Arbeitgebenden sowie persönliche Kompetenzen nötig. Die Umfrage könnte jederzeit in einem anderen Setting durchgeführt werden. Allenfalls müsste die Sprache angepasst werden.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse sind unabhängig von der Situation und der Versuchsleitung. Soziale Interaktion zwischen Forschenden und Teilnehmenden ist gering. Das Messinstrument/Durchführung der Studie und die Auswertung der Ergebnisse sind standardisiert.

→ hoch

Reliabilität: Wiederholung der Studie durch andere Forschende ist jederzeit möglich. Die Ergebnisse sind reproduzierbar, verändern sich aber allenfalls im Laufe der Jahre. Hohe Zuverlässigkeit des Fragebogens, ausser, dass nicht alle Aufgaben erfasst werden können oder wenn allenfalls falsche Angaben gemacht werden. Methode ist genau beschrieben, Fragebogen ist komplett im Anhang ersichtlich.

→ hoch

Validität: Mit dem gewählten Messinstrument wird das gemessen, was gemessen werden sollte. Einzige Störgrösse sind Selektionsbias. Generalisierung der Ergebnisse nur bedingt möglich, da in anderen Ländern und Institutionen andere Aufgaben gemacht werden. Sonst valide Studie.

→ mittel

Evidenzlage: Level 6, unterstes Level

Anhang C – 6S-Pyramide

Die 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) gilt als Instrument zur Einschätzung der Evidenz von Datenquellen. Die oberste Stufe der Pyramide illustriert Level eins und beinhaltet unterstützende Systeme. In der untersten Stufe endet die Pyramide im Level sechs und verweist auf datenbasierte Studien.

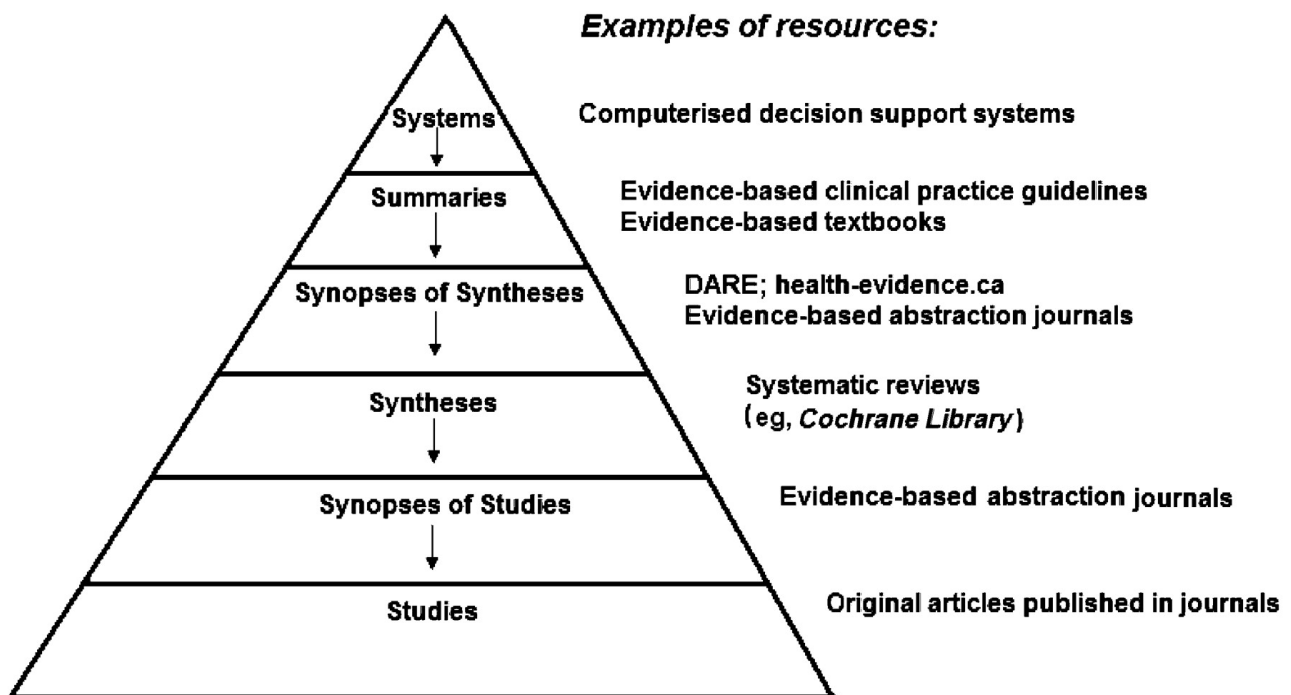


Abbildung 3. 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009).